This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Acerca de este libro

Esta es una copia digital de un libro que, durante generaciones, se ha conservado en las estanterías de una biblioteca, hasta que Google ha decidido escanearlo como parte de un proyecto que pretende que sea posible descubrir en línea libros de todo el mundo.

Ha sobrevivido tantos años como para que los derechos de autor hayan expirado y el libro pase a ser de dominio público. El que un libro sea de dominio público significa que nunca ha estado protegido por derechos de autor, o bien que el período legal de estos derechos ya ha expirado. Es posible que una misma obra sea de dominio público en unos países y, sin embargo, no lo sea en otros. Los libros de dominio público son nuestras puertas hacia el pasado, suponen un patrimonio histórico, cultural y de conocimientos que, a menudo, resulta difícil de descubrir.

Todas las anotaciones, marcas y otras señales en los márgenes que estén presentes en el volumen original aparecerán también en este archivo como testimonio del largo viaje que el libro ha recorrido desde el editor hasta la biblioteca y, finalmente, hasta usted.

Normas de uso

Google se enorgullece de poder colaborar con distintas bibliotecas para digitalizar los materiales de dominio público a fin de hacerlos accesibles a todo el mundo. Los libros de dominio público son patrimonio de todos, nosotros somos sus humildes guardianes. No obstante, se trata de un trabajo caro. Por este motivo, y para poder ofrecer este recurso, hemos tomado medidas para evitar que se produzca un abuso por parte de terceros con fines comerciales, y hemos incluido restricciones técnicas sobre las solicitudes automatizadas.

Asimismo, le pedimos que:

+ *Haga un uso exclusivamente no comercial de estos archivos* Hemos diseñado la Búsqueda de libros de Google para el uso de particulares; como tal, le pedimos que utilice estos archivos con fines personales, y no comerciales.

+ *No envíe solicitudes automatizadas* Por favor, no envíe solicitudes automatizadas de ningún tipo al sistema de Google. Si está llevando a cabo una investigación sobre traducción automática, reconocimiento óptico de caracteres u otros campos para los que resulte útil disfrutar de acceso a una gran cantidad de texto, por favor, envíenos un mensaje. Fomentamos el uso de materiales de dominio público con estos propósitos y seguro que podremos ayudarle.

+ *Conserve la atribución* La filigrana de Google que verá en todos los archivos es fundamental para informar a los usuarios sobre este proyecto y ayudarles a encontrar materiales adicionales en la Búsqueda de libros de Google. Por favor, no la elimine.

+ *Manténgase siempre dentro de la legalidad* Sea cual sea el uso que haga de estos materiales, recuerde que es responsable de asegurarse de que todo lo que hace es legal. No dé por sentado que, por el hecho de que una obra se considere de dominio público para los usuarios de los Estados Unidos, lo será también para los usuarios de otros países. La legislación sobre derechos de autor varía de un país a otro, y no podemos facilitar información sobre si está permitido un uso específico de algún libro. Por favor, no suponga que la aparición de un libro en nuestro programa significa que se puede utilizar de igual manera en todo el mundo. La responsabilidad ante la infracción de los derechos de autor puede ser muy grave.

Acerca de la Búsqueda de libros de Google

El objetivo de Google consiste en organizar información procedente de todo el mundo y hacerla accesible y útil de forma universal. El programa de Búsqueda de libros de Google ayuda a los lectores a descubrir los libros de todo el mundo a la vez que ayuda a autores y editores a llegar a nuevas audiencias. Podrá realizar búsquedas en el texto completo de este libro en la web, en la página `http://books.google.com`

UC-NRLF
B 3 736 932

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
SAN FRANCISCO MEDICAL CENTER
LIBRARY

REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

FUNDADA Y DIRIGIDA POR

DON FEDERICO RUBIO Y GALÍ

REDACTOR EN JEFE

DR. LUIS MARCO

TOMO XI

(Núms. XXI y XXII, Marzo, Junio.)

MADRID

REDACCIÓN Y ADMINISTRACIÓN: INSTITUTO QUIRÚRGICO DE LA MONCLOA

1904

R
R43
v 11

Gift of J. C. Colorado

Est. tip. de Idamor Moreno, Blasco de Garay, 9.—Teléf. 3.020.

ÍNDICE DEL TOMO UNDÉCIMO

Páginas.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA ESPLENOPTOSIS (*nota clínica*), por el Dr. D. Francisco Rusca 1

LIPOMA DEL CORDÓN ESPERMÁTICO (*nota clínica*), por el doctor D. Francisco Rusca 16

DOS CASOS RAROS DE PLACENTA PREVIA (*nota clínica*), por el doctor Martínez Cerecedo 23

EMBARAZO ABDOMINAL PRIMITIVO QUE LLEGÓ Á TÉRMINO (*nota clínica*), por el Dr. Eugenio Gutiérrez 29

AVISOS SANITARIOS DEDICADOS Á TODO EL QUE DESCONOZCA LA CIENCIA MÉDICA (*artículo científico original*), por D. José de la Rosa y Sánchez. (Mención honorífica en el primer concurso de la REVISTA.) 46

DE LA ESCOLIOSIS (*artículo científico original*), por el Dr. D. Saturnino García y Hurtado 57
- Introducción 57
- Naturaleza y modo de producción 59
- Movimientos de la columna vertebral 68
- Etiología de la escoliosis 76
- Síntomas 88
- Tratamiento 91

SOBRE CIRUGÍA GÁSTRICA Y SUS LÍMITES RACIONALES (*artículo científico original*), por el Dr. R. Luis y Yagüe 107

EL REUMATISMO Y EL AMASAMIENTO (*artículo científico original*), por D. Oscar Engstrom 114

EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA TABES DORSAL (*artículo científico original*), por el Dr. Enrique Fernández Sanz 119
- I.—Formas clínicas 120
- II.—Análisis de los elementos del diagnóstico precoz 123

DEL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS POR LA MOVILIZACIÓN Y EL MASAJE (*artículo científico original*), por el Dr. Spreáfico 138

OBRAS AGOTADAS DE D. FEDERICO RUBIO (*continuación*) 158

~~633168~~

33703

Páginas.

REVISTA DE REVISTAS 173
Cáncer mediastino-pleuro-pulmonar, por P. Solanet y J. J. Viton. . . . 173
Siete casos de talla hipogástrica, por cálculo vesical, en niños, por el Dr. D. Carlos Negrete. 177
Indicación terapéutica del flemón de Fochier en la gripe infantil, por el Dr. D. Jesús Sarabia 184
Enfermedades del páncreas, por los Dres. Antonio Arraga y Marcelo Viñas 189
El tabaquismo y su tratamiento, por el Dr. E. L. Abogado. 203
El corazón en la gripe de los niños, por D. Ramón Gómez Ferrer 205
Dos casos raros de escarlatina, por el Dr. Julio F. Arteaga. 209
Las inyecciones subconjuntivales en el tratamiento de los abscesos de la córnea, por el Dr. Francisco C. Barraza 210
Artritis tuberculosa de la mano y de los dedos, por el Dr. D. F. Vidal Solares 213
Mastoiditis de Besold en un diabético, por el Dr. Juan Cisneros. 215
Tratamiento moral de los tuberculosos, por D. Agustín Bassols y Prim. 217
Juicio crítico de varios métodos para valorar el ácido úrico, por el Dr. Alejandro Uribe. 221
Nota acerca de los métodos de coloración de los leucocitos, los hematozoarios y tripanosomas, por el Dr. José P. Gayón. 225
La función social del talento en la ciencia y en la historia, por el doctor Jenaro Abasolo. 226

BIBLIOGRAFÍA, por Luis Marco. 233
Vocabulario enciclopédico de Odontología. Tomo primero, por los señores V. Pérez Cano y J. García y García. 233
La revolución en la terapéutica de la neurastenia, por D. Fernando González de Quintana y Molina. 234

VARIEDADES 235
Nuestro primer concurso. 235
Girolamo Fracastoro, por el Dr. L. Comenge. 235
Congreso Oftalmológico de Lucerna 240
Al Congreso Internacional de Arquitectura 240

PODREDUMBRE DE HOSPITAL (*nota clínica*), por D. Federico Rubio y Galí. 241

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LOS DEFECTOS FUNCIONALES DE LA CADERA (*nota clínica original*), por el Dr. D. Saturnino García y Hurtado 248

DOS CASOS DE APENDICITIS TRATADOS CON EL AMASAMIENTO (*nota clínica original*), por D. Oscar Engstrom. 250

DOS CASOS INTERESANTES DE TRAQUEOTOMÍA (*nota clínica original*), por el Dr. A. G. Tapia 252

DIVERSOS APUNTES CLÍNICOS (*notas originales*), por D. Rafael García de Arias 258

INFLUENCIA DE LA GRAVEDAD EN OBSTETRICIA, Y SU APLICACIÓN AL CAMBIO DE PRESENTACIÓN Y POSICIÓN FETAL Y AL ÚTERO GRÁVIDO EN RETRODESVIACIÓN (*artículo científico original*), por

Páginas.

el Dr. Martínez Cerecedo. (Premio en el segundo concurso de la REVISTA.) 266
I.—Aplicaciones de las leyes de gravedad á los cambios de presentación y posición en el embarazo y parto 266
II.—Utilidad de la posición genu-pectoral en el útero grávido en retrodesviación 277

NEUROSIS DEL SIMPÁTICO CERVICAL, CON VASODILATACIÓN Y TAQUICARDIA (*artículo científico original*), por el Dr. D. José de Jesús González 284

UN DATO QUÍMICO PARA LA EXPLICACIÓN DE LA GLUCOSURIA PANCREÁTICA (*artículo científico original*), por el Dr. D. José R. Carracido 294

CONTRIBUCIÓN Á LA PRÁCTICA DE LA ANESTESIA QUIRÚRGICA POR MEDIO DE LA COCAÍNA EN INYECCIONES RAQUIDIANAS SUBARACNOÍDEAS (*artículo científico original*), por el Dr. Spreáfico 297

EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA TABES DORSAL (*artículo científico original*), por el Dr. Enrique Fernández Sanz 304
III.—Diagnóstico diferencial de la tabes dorsal incipiente 304
IV.—Observaciones clínicas 315

OBRAS AGOTADAS DE D. FEDERICO RUBIO (*conclusión de la* Reseña del primer ejercicio del Instituto de Terapéutica Operatoria) ... 323

REVISTA DE REVISTAS 349
Estudio del pie plano, por el Dr. D. Saturnino García y Hurtado 349
En defensa de la ciencia española, por D. Vicente Peset 359
Tratamiento de las enfermedades del corazón izquierdo: los mitrales, por el Dr. Luis Agote 365
Tres casos de nefritis varicelosa, por el Dr. Luis Morquio 374
Los pretendidos síntomas de la hemiplegia histérica. Disociación de los accidentes histéricos mediante el hipnotismo experimental. Curación por la psicoterapia, por el Dr. José Ingegnieros 378
La tirotomía en el cáncer laríngeo, por el Dr. Juan Cisneros 384
Sobre la fiebre de Malta, por el Dr. F. A. Risquez 392
Los rayos N: su investigación en algunas afecciones del sistema nervioso (por el Dr. Gilbert Ballet), traducción del Dr. Gonzalo Aróstegui 395
Un caso de enfermedad azul, por D. Manuel Redondo 405
Caso de histerismo odontálgico, por D. B. Sánchez 408
Tratamiento de dientes con pulpa enferma, por D. J. D. Losada 414
Un caso de ectopia testicular derecha, y la vigente ley de excepciones para el ingreso en los cuerpos del Ejército y la Armada, por los doctores Leovigildo Rubio y Angel Calleja 415
Contribución al estudio de la difteria, por el Dr. José Penna y el doctor Pérez Avendaño 418
Los edemas idiopáticos, por el Dr. C. Muniagurria 434
Etiología y tratamiento de la colitis mucomembranosa, por el Dr. Bottentuit 444
Osteo-artritis de la quinta y sexta vértebra cervical. Aplicación de un aparato de suspensión é inmovilidad de la cabeza y cuello. Curación, por el Dr. A. Morales Pérez 454
Tuberculosis pulmonar, por el Dr. C. M. Desvernine 455

Páginas.

Un caso de esclerodermia difusa, por el Dr. Jesús González Urueña . . 462
La tuberculosis intestinal primitiva, por el Dr. Torras y Pascual. . . . 463
Sobre diversas intervenciones en las distocias por estrechez pélvica, por el Dr. J. M. Campá 466

BIBLIOGRAFÍA, por Luis Marco 472
Simulación de la locura, ante la Sociología Criminal y la Ciencia Psiquiátrica, por el Dr. D. José Ingegnieros 472
Primer Consultorio de Niños de pecho, en Madrid, bajo la protección de S. M. la Reina Doña María Cristina, por D. Rafael Ulecia 475
Impresiones de un Congresista, por D. Emilio Fraga 475

VARIEDADES 477
Nuestro concurso 477
Banquete del Profesorado del Instituto Rubio 477
La trata de blancas, por J. Díaz Caneja 479

REVISTA IBERO-AMERICANA

DE

CIENCIAS MÉDICAS

SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

Contribución al estudio de la esplenoptosis.

POR EL DR. D. FRANCISCO RUSCA

De Barcelona.

La esplenectomía, como la mayor parte de las intervenciones viscerales, presenta en su historia aquellos períodos indecisos que registra toda nueva indicación antes de alcanzar el grado de precisión que, con el decurso del tiempo, la observación aporta.

Practicada en sus principios por puro raciocinio teórico, sin otro apoyo que los resultados suministrados por la experimentación en los animales, estuvo aquella operación á punto de zozobrar; mereciendo el dictado de ignara y temeraria la conducta de los cirujanos que, con el laudable empeño de remediar afectos á menudo *irremediables*, se lanzaron los primeros á la ablación de un órgano por muchos considerado como indispensable. Afortunadamente, el rápido avance de las ciencias médicas por un lado (procurando con el análisis minucioso de las lesiones la separación de entidades nosológicas antes indistintas y el descubrimiento de las causas productoras de las mismas) y, por otra parte, el perfeccionamiento de la técnica operatoria, han conseguido establecer de un modo definitivo la legitimidad de aquella intervención.

No constituyen solamente hoy una indicación formal operatoria las lesiones traumáticas y neoplásicas del bazo; otros afectos hasta la fecha reputados de carácter médico, rebeldes á la terapéutica interna, como la cirrosis esplénica, enfermedad de Banti, hiperplasia malárica, procesos supurados y ectopias del bazo, han venido á ensanchar los límites de la intervención cruenta.

No es nuestro propósito, ni aun cuando quisiéramos podríamos hacerlo, señalar la extensión de la indicación quirúrgica en las enfermedades del bazo: existen todavía, en esta cuestión, puntos litigiosos cuya solución exige el concurso de hechos más numerosos y de observación prolongada.

Nuestro objeto, en este trabajo, quedará limitado al estudio de la esplenoptosis. Hemos podido seguir el curso de dos casos de ectopia esplénica: el primero, no operado ni diagnosticado, produjo la muerte por gangrena consecutiva á la torsión del pedículo; en el segundo, la esplenectomía practicada por nosotros hace año y medio, ha ido seguida del éxito más feliz. Expondremos, pues, fundados en estas observaciones, las causas y el mecanismo presuntos de la ectopia esplénica, así como las dificultades diagnósticas, vacilaciones terapéuticas y complicaciones á que dió lugar la enfermedad; por último, nos ocuparemos brevemente del tratamiento quirúrgico y de los resultados próximos y remotos obtenidos con la supresión del bazo.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de treinta y ocho años, multípara, sin antecedentes hereditarios dignos de mención; ha padecido alguna de las enfermedades propias de la infancia (sarampión, escarlatina); reglada á quince años, no ha presentado trastorno alguno en su aparato genital. Ha tenido tres partos, seguidos los dos primeros de un puerperio normal; el último embarazo fué señalado por vómitos prematuros y duraderos que, varias veces y sin resultado favorable, exigieron el empleo de medicaciones antieméticas. El período gravídico siguió, no obstante, un curso regular, notando tan sólo esta mujer cierto malestar abdominal más acentuado que en los embarazos anteriores. Sobrevino el parto, que fué laborioso, y reclamó el auxilio del comadrón, debido á que los dolores expulsivos, voluntariamente atenuados, iban acompañados de una sensación violenta de desgarro, no percibida por la enferma en los anteriores alumbramientos. En los días que subsiguieron al parto, la paciente estuvo más decaída, con quebrantamiento general marcado; tuvo fiebre, escalofríos y vómitos que la postraron durante un mes en la cama. Paulatinamente estos accidentes remitieron, y la enferma pudo volver á su vida ordinaria, no sin cierta fatiga y displicencia, consideradas por ella como consecuencias de aquel accidentado puerperio. Irradiaba además, por todo el abdomen y muslo correspondiente, cierto endolorimiento profundo localizado en la fosa ilíaca é hipocondrio izquierdo. Las digestiones eran pesadas y se acompañaban de plenitud epigástrica, eructaciones, y de vez en cuando de algún vómi-

to; la constipación pertinaz obligaba á repetidos esfuerzos de defecación, que exacerbaban aquel dolor.

El examen objetivo de la enferma, practicado ocho meses más tarde, fecha de su ingreso en el hospital, denotaba cierto grado de anemia, acusado por la palidez del tegumento y la decoloración de las mucosas. La palpación abdominal descubría una zona sensible en el epigastrio, cierta contractura á la presión en el plano muscular de la mitad izquierda del abdomen, notablemente marcada al nivel de la excavación pelviana. Este movimiento de defensa, por brusco tetanismo de la pared, imposibilitaba un examen minucioso.

Los menstruos no habían vuelto á presentarse desde el parto, pero existía una abundante leucorrea. El tacto vaginal revelaba en el cuello del útero múltiples desgarros, presentándose la mucosa del hocico en ectropion, blanda y tumefacta, con evidentes señales de infiltración flogística. El útero, de tamaño normal, indoloro, movible en todos sentidos, ostentaba un grado marcado de anteflexión; los fondos vaginales se hallaban libres todos, excepto el izquierdo, en el cual el índice percibía, aplicado detrás del pubis, una masa lisa, blanda, inmóvil y dolorosa, separable del cuerpo de la matriz y sin adherencias con la cúpula vaginal, cuya mucosa se deslizaba claramente sobre el plano inferior de la tumoración.

La palpación abdominal descubría cierta ocupación en la fosa ilíaca izquierda, difícilmente limitable por efecto de la contractura muscular. En el lado derecho, los anexos permanecían sanos. No existía pirexia, ni signo alguno que revelara lesiones en los demás aparatos de la economía.

El diagnóstico de una tumoración en la fosa ilíaca era evidente; no parecía tan claro el concepto de la naturaleza del tumor.

Desde luego considerábamos como independiente de la matriz, y originada en los anexos izquierdos, aquella masa depresible y fija, cuyos caracteres topográficos acabamos de reseñar.

¿Tratábase de una colección inflamatoria, de contenido séptico, hidro ó piosalpinx apagados? El origen, al parecer dependiente de una infección *post-partum*, y el aspecto de la mucosa uterina, daban visos de verosimilitud á esta hipótesis; en cambio, la unilateralidad de las lesiones, la independencia de las mismas con la mucosa vaginal, constituían argumentos de valer en contra de su admisión. ¿Tratábase de un quiste del ovario? La situación anterior en el fondo vaginal, el enclavamiento y la sensibilidad exagerada del tumor, los reflejismos á distancia y el malestar general que ocasionaba, eran poco favorables á la aceptación de un quiste simple; en todo caso, siguiendo en el mismo orden de ideas, parecía más probable la naturaleza dermoídea de una neoformación incluída en el espesor del ligamento. ¿Debíamos, por fin, pensar en el hematosalpinx,

dependiente ó no de preñez tubárica? Los síntomas objetivos, la supresión de menstruos y la sensibilidad pelviana apoyaban esta manera de ver, á pesar de la ausencia completa de signos subjetivos de un embarazo en sus comienzos.

Nos hallábamos así perplejos ante la precisión de un diagnóstico, cuando en calidad de médico interno, que á la sazón desempeñábamos en el Hospital del Sagrado Corazón, fuimos con toda urgencia llamados para asistir á la enferma, que acababa de experimentar, al abandonar la cama, un dolor intensísimo en el abdomen, que la hizo desplomarse. El cuadro en aquel instante era sugestivo. Pálida, con los labios y las extremidades cianóticos, cubierto el rostro por un sudor frío, anhelosa y sin pulso, aquejaba la paciente una intensa sensación de desgarro en el hipocondrio y fosa ilíaca izquierdos. Inmediatamente pensamos en la ruptura de la trompa y consecutiva inundación hemorrágica del peritoneo. Por temor de un desenlace fatal acelerado con una intervención intempestiva, limitamos pusilánimemente y sin razón nuestra conducta á la práctica de inyecciones intravenosas de suero quirúrgico.

El pulso cobró alguna energía, desplegándose algún tanto, pero permaneció rápido y sin atenuación el dolor del abdomen; la administración de un centigramo de morfina proporcionó un pasajero alivio. Llamado el jefe de la sección á que pertenecía la paciente, hubimos de desentendernos del tratamiento ulterior de la enfermedad.

Pocas horas más tarde, el estado nauseoso iniciado á raíz del accidente, se hizo más persistente, y la enferma acusó un ligero grado de excitación y de angustia que, á pesar del intenso dolor abdominal, obligábala á cambios frecuentes de postura; el ascenso de la temperatura á 40°, la paresia intestinal absoluta y el timpanismo progresivo del abdomen, señalaron el principio de la infección peritoneal. Este estado fué rapidísimamente agravándose; y cuarenta y ocho horas más tarde la enferma falleció, con todo el cuadro de una septicemia sobreaguda de origen abdominal.

La autopsia nos ocasionó una de aquellas sorpresas que en la vida nunca jamás se olvidan. En vez de encontrarnos, como suponíamos, con el abdomen ocupado por una gran cantidad de coágulos infectados, descubrimos el paquete intestinal fuertemente distendido y casi sin señales de inflamación; la pelvis contenía unos 200 gramos de serosidad turbia, y el epiplon, replegado en la región sigmoídea del colon, envolvía una masa por transparencia negruzca, situada á la entrada de la excavación ilíaca. Desadherido el epiplon, aquella tumoración oscura, salpicada de tonos verde-azulados, apareció pegada por su cara anterior al peritoneo parietal, por la posterior al tramo flotante del colon pelviano, y asentada por

su convexidad sobre el piso superior del ligamento ancho izquierdo. Del centro del tumor partía una brida dos veces enroscada en espiral, oculta por las asas intestinales, que ascendía hasta el fondo mayor del estómago. Fué entonces fácil darse cuenta de la naturaleza y origen del tumor. Las lesiones necróticas, traducidas por aquel tinte azul verdoso, radicaban en el bazo, se hallaban con preferencia limitadas al parénquima subcapsular de la glándula, y se extendían á la serosa que formaba la depresión, en la cual se alojaba el órgano ectópico. La torsión del pedículo fué la causa directa de los accidentes septicémicos que acarrearon la muerte.

No nos atardaremos en largos comentarios. La literatura médica registra, si bien en corto número, casos como el nuestro, en los cuales el cirujano, perplejo ante la brusquedad del conflicto, sin datos categóricos en que fundamentar la indicación operatoria, ha dejado escapar la oportunidad de una intervención vital; los enfermos han muerto, víctimas tal vez de un momento de indecisión. En cambio, en otros, con diagnóstico preestablecido ó sin él, la laparotomía sin vacilaciones llevada á cabo, ha podido prevenir á tiempo la intoxicación y salvar al paciente. Bravo y Lejars han extirpado bazos ectópicos destinados á la gangrena por torsión de su pedículo. Esta sola consideración legitima, á nuestro entender, el criterio intervencionista en los casos en que un conflicto abdominal grave, de causa aún ignorada, estalla amenazando rápidamente la vida. Creemos tanto más fundado este criterio, cuanto que, en casos como el nuestro, rara vez ha sido posible presumir la causa productora de los accidentes: casi siempre, la torsión del pedículo del bazo ha constituído una sorpresa operatoria. La intensidad de la sensación local y la repercusión general que acompañan á la torsión brusca del pedículo, darán con frecuencia lugar á vacilaciones diagnósticas entre una hemorragia interna ó la perforación del tramo digestivo. Sin embargo, los conmemorativos, el examen local y la localización del dolor ofrecerán, en ocasiones, alguna certeza diagnóstica. Deberá siempre tenerse en cuenta que el éxito terapéutico está siempre subordinado, más que á la noción precisa de la lesión, á la prontitud del acto operatorio.

Como el descenso y la movilidad del bazo preceden habitualmente y predisponen al enroscamiento del pedículo, es evidente que la existencia de una ptosis, de antemano establecida, facilitará en gran manera el diagnóstico. Por otra parte, el conocimiento de la esplenoptosis no presenta, en general, grandes dificultades: la situación y forma del tumor, su movilidad y contornos, dejan pocas veces lugar á dudas.

No será tanta la sencillez cuando se trate de inquirir las causas

productoras de la ectopia esplénica. Esta, en términos generales, será ocasionada por todas las influencias traumatizantes, capaces de acarrear idéntico trastorno por su acción sobre las diversas vísceras de la cavidad abdominal. Empero, mayor papel que el trauma ha de desempeñar la predisposición individual. Por oscura y remota que aparezca en la actualidad la explicación del hecho, no es menos cierta su existencia. Invocar, como Tuffier, para definir la ptosis, el concepto de la insuficiencia celular (*déchéance de la cellulle)*, es sustituir un término oscuro por una palabra vacía y sin sentido; preferimos á todas las disquisiciones teóricas sobre aquellas causas remotas, hoy por hoy imprecisables, el estudio de las influencias próximas más asequibles y conocidas. En nuestro caso, la causa eficiente de la ptosis esplénica parece poder atribuirse á las repetidas contracciones diafragmáticas suscitadas por los frecuentes vómitos de los primeros tiempos del embarazo. Hallándose el bazo unido al diafragma por su ligamento suspensorio, y en inmediato contacto con su cúpula, se comprende fácilmente toda la influencia que las presiones bruscas, ejercidas de arriba á abajo por aquel músculo, han de tener en el desplazamiento de aquella víscera; por otra parte, los laxos repliegues mesentéricos interpuestos entre el bazo y el fondo mayor del estómago y la cola del páncreas, constituyen medios de fijación tan débiles, que no han de ofrecer persistente obstáculo á su descenso. Además, la hipertrofia esplénica, de observación frecuente, contribuye por el aumento de su peso á la ectopia de la glándula.

Sin duda habrá llamado la atención la extraordinaria rapidez con que se desencadenaron los accidentes en nuestro caso, hasta acarrear la muerte de la paciente, cuarenta y ocho horas después de iniciada la complicación. Aquélla sobrevino, efectivamente, en el decurso del segundo día, con pirexias de 40º, por rápido colapso séptico del centro circulatorio. En un caso de Lejars, doce dias después de la crisis dolorosa provocada por la torsión del pedículo, la laparotomía pudo todavía salvar á la enferma. La explicación del hecho nos parece clara: en el caso del cirujano francés, la torsión fué seguramente incompleta ó temporaria; en prueba de ello, consignamos la ligera mejoría experimentada por la paciente después de los primeros días; la repetición del accidente, sus caracteres de especial gravedad, motivaron en definitiva la intervención.

En nuestra observación, al contrario, la torsión se produjo bruscamente; fué total y permanente desde el primer instante. La supresión del riego sanguíneo, acarreando la necrosis del bazo, favoreció la evolución de gérmenes, hasta entonces silenciosos, procedentes del mismo parénquima esplénico ó tal vez emigrados de la mucosa intestinal del colon, con cuya porción flotante se hallaba adhe-

rido: he aquí el origen de la septicemia sobreaguda que acarreó la muerte.

La salvación de la enferma dependía únicamente de la ablación rápida y total, verificada en momento oportuno, del bazo gangrenado; intervención de indicación indiscutible y por multitud de hechos mencionada. En los 35 casos por nosotros conocidos de ectopia del bazo y torsión del pedículo, la esplenectomía ha dado 24 curaciones.

SEGUNDA HISTORIA CLÍNICA

En el caso que á continuación reseñamos, la ectopía esplénica, complicada de hipertrofia de la glándula, pudo á tiempo ser diagnosticada, y la ablación del bazo puso un término á los sufrimientos de la enferma. La circunstancia de llevar la intervención más de un año de fecha, nos induce á comunicar los resultados de nuestra observación.

La señorita C. T., natural de Barbastro, vino á consultarnos en Diciembre de 1902. Contaba entonces diez y nueve años; su padre había fallecido á consecuencia de una neoplasia del estómago; su madre, una hermana casada y otro hermano mayores, gozaban de buena salud.

Hasta la edad de once años nada notable había ocurrido en la vida de esta joven; en aquella fecha, los menstruos se presentaron por vez primera, iniciados por copiosa hemorragia, seguida de dos interrupciones en los períodos, cuyos caracteres, desde entonces, revistieron el tipo de normalidad perfecta.

Dos años más tarde, sin causa precisa á la cual pudiera referir sus trastornos, la paciente comenzó á experimentar cierta molestia en el abdomen; las digestiones eran tardías, el apetito menos vivo; y las evacuaciones, irregulares, presentaban alternativas de crisis diarréicas y de estreñimiento pertinaz. Calificado este estado de catarro gastro-entérico, y tratado en consecuencia por el facultativo que la asistía, la paciente no reportó beneficio alguno de las variadas medicaciones instituídas para combatirlo; antes al contrario, su estado general fué desmejorando hasta el punto de verse la enferma reducida á la permanencia continua en la cama. Existía en aquella fecha una ligera ascitis, que paulatinamente aumentó de volumen, y llegó á distender en grado máximo la cavidad abdominal.

Esta situación se prolongó durante varias semanas; y espontáneamente, «cuando ella *quiso*», según expresión de la propia enferma, decreció la ascitis, cedieron los trastornos digestivos y se inició un relativo bienestar.

Desde aquella época, no obstante, el estado de aquella joven dejó bastante que desear. Si bien el desarrollo físico é intelectual habían alcanzado su plenitud, el aspecto general producía la impresión de incompleta higidez. Ella misma, desde luego, pretendía experimentar una sensación de peso continuo en el hipocondrio izquierdo, exacerbado por ráfagas dolorosas extendidas á todo el abdomen; el decúbito lateral derecho era particularmente penoso é insostenible, á causa de la sensación de tirantez que originaba; las funciones digestivas se verificaban con retardo; la palidez del tegumento revelaba la anemia; las palpitaciones y la opresión á la menor fatiga exigían cierto quietismo, que se avenía mal con su carácter naturalmente vivo y animado.

El examen objetivo demostró la completa integridad de las funciones respiratorias, circulatorias y nerviosas de la enferma; la auscultación del pecho reveló tan sólo, al nivel de los grandes vasos, la existencia de un ligero soplo anémico. En la cavidad abdominal, la presión, aun atenuada, era mal soportada en todos sus puntos; si bien la sensación de dolor se acentuaba en el hipocondrio izquierdo y región alta de la fosa ilíaca del mismo lado.

En estas zonas la palpación denotaba una tumoración profunda, mal velada por la contractura de la pared, y extendida desde la espina ilíaca superior hasta la proximidad del borde anterior de las costillas falsas; por delante, la misma impresión de resistencia alcanzaba el borde lateral del recto izquierdo del abdomen. Los límites de aquella tumoración, á pesar de su topografía, eran poco precisos; tan sólo en su base, el tacto percibía la impresión de un canto obtuso, resistente y doloroso. Las inspiraciones profundas no imprimían movimiento alguno en la masa del tumor; únicamente la impulsión transmitida por la presión brusca de la zona renal, producía un ligero desplazamiento de la tumoración. La percusión superficial daba un sonido oscuro, macizo, en la región ocupada por el tumor.

Desde luego pudimos convencernos de la absoluta integridad funcional del aparato urinario: las orinas, eliminadas en cantidad normal, ningún componente patológico presentaban; además, ni los conmemorativos, ni los actuales síntomas subjetivos, autorizaban la suposición de trastornos en aquellos órganos. Por otra parte, la poca movilidad del tumor y su lateralidad predisponían contra la idea de su arranque mesentérico; del mismo modo, la distensión del colon descendente por enemas gaseosos, resultó negativa en el sentido de confirmar el asiento retro-peritoneal de la tumoración.

Los datos que anteceden, sumados á la sonoridad de la base del tórax, que interpretamos como signo de ectopia esplénica; la situación francamente intra-peritoneal del tumor, y la sensación de canto

que á la palpación comunicaba, nos llevaron á formular el diagnóstico de *ectopia del bazo con hipertrofia.*

El examen de la sangre, verificado por el Dr. Marye, dió el siguiente resultado:

Glóbulos rojos por mm.³	5.000.000
Glóbulos blancos	7.500
Hemoglobina determinada por el hemoglobinómetro Fleisch-Miescher	12,60
Polinucleares con granulaciones neutrófilas	85,7 por 100
Polinucleares eosinófilas	2,5 » »
Linfocitos { medianos	4 » »
Linfocitos { pequeños	8,8 » »

Los glóbulos rojos no ofrecían alteración ninguna ni en su forma ni en su volumen relativo; por tanto, podía afirmarse la ausencia de anisocitosis y poiquilocitosis.

No existían tampoco eritroblastos ni leucocitos miélicos.

La investigación hematoscópica disipó los temores que pudiéramos abrigar de leucemia esplénica: dato al cual concedíamos capital importancia, puesto que de su existencia hacíamos depender la indicación operatoria, única curativa en este caso.

La falta de antecedentes palúdicos por una parte, y por otra la duración relativamente prolongada del afecto, nos hicieron rechazar la hipótesis del origen malárico ó neoplásico de la enfermedad.

Restaba examinar la posibilidad de la existencia de alguna de aquellas oscuras formas de hipermegalia esplénica, cuya patogenia, aun hoy, se interpreta de modo muy diverso. ¿Dependía la hipertrofia de trastornos circulatorios originados por el descenso de la víscera? ¿Tratábase de una cirrosis hiperplásica originada por lesiones tuberculosas ó flogísticas del bazo? ¿Era causa ó efecto de la ectopia el mayor volumen de la glándula? Carecíamos de datos clínicos precisos para inclinarnos á una cualquiera de estas hipótesis con preferencia á las demás. No obstante: la persistencia de los trastornos subjetivos y la certeza del desplazamiento, unidas al aumento notable de volumen del bazo, sin relación con un proceso leucémico, nos hicieron indicar la conveniencia de la intervención quirúrgica. Bien que no ocultáramos ni la importancia ni los peligros de la indicación, la paciente aceptó en seguida, fríamente y sin la exaltación ni los sobresaltos propios de un temperamento neurósico, la idea de la intervención.

Operación.—Esta tuvo lugar el día 17 de Enero de 1903. Incindimos la línea blanca en su porción media por un corte de 15 centímetros dirigido hacia el pubis. La fusión del epiplon con el peritoneo parietal exigió alguna lentitud y cuidado en el despegamiento y resección de las porciones adherentes del omento mayor. El colon descendente, desde su ángulo izquierdo á su tramo sigmoídeo, se

hallaba íntimamente unido á la pared del abdomen; reclinando entonces á la derecha la masa intestinal, pusimos al descubierto la raíz del mesenterio, y pudimos por el tacto precisar la situación del tumor. Este ocupaba el ángulo diedro formado por la confluencia de la hoja externa del mesenterio con el peritoneo parietal. La porción flotante del colon, libre de adherencias, puso de manifiesto el polo inferior de la tumoración constituída por el bazo en ectopia pelviana.

Con el fin de evitar en lo posible la contingencia de desgarros inferidos al colon en la liberación de sus adherencias, resolvimos atacar el tumor por su porción libre, á cuyo fin tuvimos que prolongar hasta cerca del pubis la primitiva incisión del abdomen. La tracción moderada sobre el extremo inferior del bazo; la ruptura gradual de las bridas que mantenían unida su cápsula á la serosa envolvente, nos permitieron, con relativa holgura y sin pérdida notable de sangre, terminar la enucleación sin lesionar en lo más mínimo las túnicas del colon adherente. Puesto así á la vista el pedículo vascular, procedimos á la ligadura aislada de sus vasos, terminando con la ablación del órgano.

Realizada una minuciosa hemostasia de las adherencias parietales, algunas de las cuales manaban todavía sangre, cerramos el abdomen sin aplicar drenaje alguno. La intervención había durado cuarenta y cinco minutos.

Curso post-operatorio. — Inmediatamente después de la operación, la enferma presenta un estado grave de colapso, que reclama la inyección de 1.000 gramos de suero quirúrgico.

Día 17, noche.—Estado, nauseoso; pulso, 50; temperatura, 36,8; pasa la noche agitada y sin descanso.

Día 18, mañana.—Pulso, 85; temperatura, 37,5; sigue (menos marcada) la intranquilidad.

Día 18, noche.—Pulso, 80; temperatura, 37,1; dolores en la herida; descansa tres horas; orina, 850 gramos.

Día 19, mañana.—Pulso, 80, con pequeña tensión; temperatura, 36,5. Debilidad general, vómitos biliosos; inyección de 500 gramos de suero. Orina durante el día, 500 gramos.

Día 19, noche.—Pulso, 90, más despejado; temperatura, 37. Ventosidades. Estado general, satisfactorio.

Día 20, mañana.—Pulso, 80; temperatura, 36,7; ha dormido durante la noche anterior cuatro horas; ha cesado el estado nauseoso. Leche y agua de Vichy. Suero, 500 gramos. Orina, 550 gramos.

La auscultación cardíaca denota un desdoblamiento del segundo tiempo en el foco aórtico.

Día 20, noche.—Temperatura y pulso, normales. Duerme cuatro horas. Orina, 600 gramos.

Hasta el día 23 la orina ha sido eliminada en poca cantidad; pero el examen cuantitativo ha demostrado la excreción normal de urea y de los componentes fisiológicos de la misma. Urea en las veinticuatro horas, 22 gramos; fosfatos, 2,50; cloruros, 8.

El día 23 aparecieron los menstruos, adelantándose quince días en su reaparición. Evacuación franca con un laxante.

Desde esta fecha, el estado de la enferma es del todo satisfactorio; la orina oscila entre 1.200 y 1.800 gramos diarios; el pulso y la temperatura, normales; el ruido de desdoblamiento del segundo tiempo del foco aórtico se atenúa hasta desaparecer; la enferma se alimenta normalmente; come con mucho mayor apetito que antes, á menudo *con hambre;* digiere bien y no experimenta molestia alguna en el abdomen.

Cuatro semanas más tarde, abandona la Clínica en perfecto estado.

El bazo pesaba, previa expresión de la sangre, 620 gramos; medía 22 centímetros de largo por 11 de ancho, y presentaba en la superficie, como puede verse por la adjunta fotografía (fig. 1.ª),

FIG. 1.ª—Bazo.—Dimensiones, 22×11 cm.

multitud de franjas de tejido celular, restos de las bridas que unían su cápsula al peritoneo envolvente. Su consistencia era mayor que en estado normal; resistía, sin crujir propiamente, al corte.

El examen histológico denotó el engrosamiento fibroso de la cápsula y de los tabiques conjuntivos intraesplénicos; asimismo los vasos, y con preferencia las venas, ostentaban un notable engrosamiento de sus paredes; la túnica fibrosa aparecía en algunas tri-

plicada por la neoformación conjuntiva; ningún elemento anómalo señalaba carácter neoplásico al aumento de volumen del bazo. La ascitis, que precedió, al parecer, á la hipertrofia esplénica, y que nosotros creíamos de origen tuberculoso, nos indujo á buscar atentamente en las preparaciones remedos de estructura folicular; pero en ningún punto pudimos hallar vestigios de células gigantes ni de agrupaciones especiales de los elementos que motivaran el diagnóstico de tuberculosis esplénica. Las lesiones histológicas del bazo, patentizadas por el examen microscópico, acusaban un proceso cirrótico de causa imprecisa.

El curso ulterior fué en absoluto normal; sin embargo, llamó nuestra atención el estado de grave colapso post-operatorio que presentó la enferma; ni la pérdida de sangre ni la duración y complexidad de las maniobras quirúrgicas parecían justificarlo. De antemano sabíamos cuán á menudo un colapso rápidamente mortal suele seguir á las esplenectomías laboriosas y complicadas de hemorragias profusas: entonces pensábamos tener que culpar exclusivamente á la anemia sobreaguda de la muerte de los operados; hoy creemos que la esplenectomía lleva en sí, tal vez más que cualquiera otra intervención, el carácter siderante y de intensa repercusión general que predispone particularmente al colapso. Son numerosos los cirujanos que han podido observar este fenómeno. Krönlein, Jonnesco, Albert, han referido casos de esplenectomías sencillas, seguidos de sideración profunda, que en pocas horas han ocasionado la muerte, con exclusión de toda otra complicación post-operatoria. El empleo de repetidas inyecciones de suero quirúrgico se mostró particularmente eficaz en esta circunstancia; dominado aquel estado, la marcha de las lesiones siguió un curso regular, y la enferma pudo abandonar la clínica tres semanas después de la intervención.

En distintas ocasiones hemos tenido noticias por escrito de esta enferma. En 15 de Abril nos decía: «El haber transcurrido tres meses sin escribir á Ud., ha sido por querer darle noticias más amplias de mi estado. Desde mi salida de la clínica, cómo con buen apetito, digiero perfectamente toda clase de alimentos, si bien tomo bastante leche (un litro al día); he aumentado 4 kilos de peso. Estoy contentísima, á pesar de notar alguna flojedad en las piernas y cansarme todavía algún tanto al querer andar de prisa. Los dolores que sentía en el vientre han disminuído bastante; los siento algo más marcados con ocasión de los períodos, que se presentan cada veinte días; son menos abundantes, pero de color más subido...»

En 19 de Agosto recibíamos otra carta: «Por mi retrato, que adjunto le remito (fig. 2.ª), podrá Ud. apreciar lo mucho que he engordado. Tengo buen apetito, me siento fuerte y sin dolor alguno; lo

único que no acaba de regularizarse son las reglas: las tengo cada tres semanas, en poca cantidad y sin grandes molestias; por lo demás, me encuentro perfectamente».

Posteriormente hemos continuado recibiendo noticias con fre-

FIG. 2.ª—Esplenectomía: un año después de la intervención.

cuencia de esta joven, y sabemos que sigue sin la menor alteración en su estado.

Según se desprende de las numerosas esplenectomías practicadas hasta la fecha, la ablación del bazo constituye, en determinados afectos, una indicación racional é indiscutible, cuyos resultados terapéuticos son con frecuencia definitivos.

Los trabajos de cirujanos tan distinguidos como Ribera, Recasens, Isla, Cardenal, Cervera, Ortiz de la Torre y Bravo, han, desde

tiempo, afirmado en nuestro país la legitimidad de aquella intervención. En la esplenoptosis, sin embargo, el acuerdo dista todavía mucho de ser unánime respecto al modo de proceder. Algunos cirujanos se inclinan con preferencia á la fijación de la víscera movible, al paso que otros anteponen á la esplenopexia, que consideran difícil é insegura, la ablación del órgano.

Creemos difícil en el momento actual poder sustentar un criterio cerrado en esta cuestión; los documentos aparecidos en todas las literaturas médicas necesitan ser compulsados, y las observaciones de larga fecha revisadas, para justipreciar el valor de cada método, más por lo que á sus resultados lejanos se refiere, que á los inmediatos registrados por el operador.

A priori, en casos de ectopia, parece preferible la fijación á la ablación del órgano movible; lo que acontece con el riñón y el útero debiera en rigor aplicarse al bazo; no obstante, nadie ignora cuán distintas son en cada uno de estos casos las condiciónes anatómicas y clínicas de la intervención. Raras veces el bazo ectopiado es sano, sino que con frecuencia la ectopia va ligada con lesiones hiperplásicas, que por el aumento de peso del órgano han ido progresivamente fraguando el descenso de la glándula; además, por su situación en la región menos accesible de la bóveda diafragmática y por su especial estructura, en extremo vascular y deleznable, el bazo se presta con dificultad á una pexia regular. Son ya numerosos los casos en los cuales, con propósito deliberado de practicar la fijación del órgano, el cirujano se ha visto obligado, por razón de dificultades técnicas inherentes á los especiales caracteres de aquella víscera, á proceder á su extirpación: Rydygier, Bardenheur, Jonnesco, Faure, Hartmann.

Leímos con verdadero interés las observaciones de exo-esplenopexia publicadas por el profesor Ribera en la *Revista de Cirugía y Medicina prácticas*, en casos de ectopia esplénica complicada de hipermegalia. Los resultados inmediatos obtenidos por el ilustre cirujano de San Carlos fueron excelentes; es sensible que no conozcamos el curso remoto de aquellas intervenciones, particularmente por lo que afecta á la solidez de la pared abdominal y al estado general de sus enfermos. De todas suertes, son muy dignas de ser tenidas en cuenta las observaciones del Dr. Ribera, puesto que con ellas, siguiendo la técnica de Houzel, puede, sin accidentes, obtenerse la fijación y reducción del volumen del bazo. Nosotros no titubearíamos en intentar la esplenopexia en los casos de ptosis simple del órgano; mas cuando el descenso y la movilidad del bazo se acompañan de lesiones palpablemente demostrables é independientes de un estado leucémico, creemos más segura la ablación de la víscera.

El examen de la sangre, verificado diez días después de la esplenectomía, dió el siguiente resultado:

Glóbulos rojos por mm.³			5.150.000	
Leucocitos			8.800	
Hemoglobina *(método Fleisch-Miescher)*			11,00	por 100.
Leucocitos	Polinucleares	Neutrófilos	76,70	—
		Eosinófilos	2,22	—
		Neutrófilos de transición.	1,01	—
	Mononucleares	Grandes	0,80	—
		Medianos	12,32	—
		Pequeños	6,95	—

Ausencia de mielocitos, basófilas y células cebadas; carencia de anisocitosis y poiquilocitosis.

En nuestra observación, la ablación del bazo ha dado lugar al aumento de glóbulos rojos y á una ligera leucocitosis transitoria. Los elementos sobre los cuales recae la hiperproducción son, por lo común, los linfocitos, células neutrófilas y elementos de transición; originados por la mayor actividad del sistema linfático los primeros, y por el más enérgico funcionalismo de la médula ósea los dos últimos.

No nos ha sido posible descubrir cambio alguno macroscópico en los ganglios linfáticos. La hiperplasia de los grupos ganglionares observada por Credé es pasajera, y desaparece definitivamente después de los primeros meses que siguen á la intervención. Krönlein ha visto un caso en el cual aquel aumento de volumen duró cuatro meses.

En los días que siguen á la esplenectomía, es frecuente la disminución en la tasa hemoglobínica de la sangre. Spencer-Wells y Ghetti, como nosotros, han podido comprobarlo en sus enfermos. Este descenso es transitorio, y no parece ligado con la cantidad de glóbulos rojos, puesto que en nuestra observación la baja hemoglobínica coincidió con el aumento de número de eritrocitos.

La leucocitosis, en ocasiones notable (10 y 15 glóbulos blancos por 300 rojos) (Pean, Spencer-Wells), y el descenso del contenido hemoglobínico de la sangre (7 y 6 por 100) (Ghetti y Krönlein), observados después de la extirpación del bazo, duran poco y sufren oscilaciones que rápidamente los aproximan al tipo normal, alcanzado, con frecuencia, al tercero ó cuarto mes que sigue á la esplenectomía.

Credé ha visto sobrevenir después de esta intervención cambios notables en la piel y cuerpo tiroides. Aquélla se endurece y apergamina, pierde su elasticidad para asemejarse al tegumento del

viejo, y á veces llega á parecerse al cuero; éste sufre un aumento de volumen, se hace turgente y doloroso. Estos fenómenos, observados por Credé en tres enfermos, fueron de corta duración, pues cuatro meses más tarde ninguno de los pacientes conservaba señales de las modificaciones producidas en aquellos órganos por la ablación del bazo.

Nuestro caso, además de no presentar ninguno de estos trastornos últimos, evolucionó de la manera más sencilla, marcándose apenas los cambios más frecuentes originados por la supresión del bazo.

Barcelona, Febrero de 1904.

Lipoma del cordón espermático.

POR EL DR. D. FRANCISCO RUSCA
De Barcelona.

Los lipomas forman dentro de la Oncología un grupo mal definido, no tan sólo por lo que á su etiología se refiere, sino también en cuanto atañe á la marcha que estas neoplasias á menudo ostentan.

Unas veces, circunscrito y limitado por una cápsula fibrosa resistente, el lipoma constituye un tumor único de desarrollo lentamente progresivo, que en el transcurso de muchos años alcanza tamaños inverosímiles, pero sin revestir tendencia á generalizarse ni acarrear otros trastornos que los dependientes de su volumen (1). En otras ocasiones, la neoplasia grasosa adopta desde sus comienzos localizaciones múltiples: el tejido subcutáneo, los intersticios musculares, el plano perióstico de los huesos, se hallan coetáneamente invadidos por el tumor. Entonces la neoformación, mal encapsulada, reviste caracteres de malignidad tan extraordinarios, que hemos visto en un caso, alternativamente operado en distintas sesiones por el Dr. Cardenal y por nosotros en el Hospital del Sagrado Corazón, sobrevenir la recidiva y acelerarse la marcha del tumor, cual, por desgracia, con frecuencia se observa en las neoplasias de naturaleza más maligna.

Por fin, la simetría que á menudo en su distribución reviste el lipoma es otro de los caracteres interesantes de esta enfermedad.

Reservamos para otro trabajo que tenemos en preparación comunicar el resultado de nuestros estudios, fundados en investigaciones anatomo-patológicas, el criterio que de estas distintas formas clínicas hemos podido formarnos.

.....

---

(1) En 1903 tuvimos ocasión de extirpar un lipoma de 9 kilogramos de peso, localizado en la región inguinal, que había necesitado treinta años para desarrollarse.

A título de curiosidad, por su rareza y extraordinario volumen publicamos hoy el siguiente caso de lipoma del cordón espermático. Los frecuentes errores de diagnóstico á que á menudo ha dado lugar esta localización del tumor justifican tal vez nuestro empeño en darlo á conocer.

Trátase de un sujeto de cincuenta y dos años, casado, de oficio forjador, con hijos y sin recuerdo de padecimiento alguno anterior al presente. Las primeras manifestaciones de la actual dolencia apuntaron seis años antes, al decir del enfermo, de un modo insidioso, por un nódulo pequeño, situado en el fondo de la bolsa derecha, independiente del testículo, movible y sin adherencias directas con las túnicas escrotales. Al lado de este pequeño tumor, que no rebasaba, al principio, el tamaño de una avellana, apareció prontamente un segundo, provisto en sus comienzos de idénticos caracteres de movilidad é indolencia. El crecimiento fué, en el origen, lento. Por su volumen, aquellos nódulos ovoídeos dieron al enfermo, durante algún tiempo, la ilusión de tres testículos encerrados en el mismo compartimiento. El desarrollo insensible, pero progresivo, de los mismos, púsolos rápidamente en contacto; fusionáronse alrededor de la glándula seminal, constituyendo al final del segundo año un tumor único, blando é indolente, del tamaño de una mandarina. Desde entonces, el crecimiento siguió una marcha más rápida. La tumoración, primitivamente limitada al fondo y cara posterior del escroto, marcó un movimiento de expansión en todos sentidos. En su aspecto general, la neoformación semejaba la forma de un cono de base considerablemente ensanchada, unido por el polo superior al anillo inguinal; el testículo, rechazado hacia adelante, deslizábase debajo de las túnicas anteriores del escroto, sin formar cuerpo con la masa neoformada.

Al final del cuarto año, el tumor alcanzaba el volumen de una cabeza de feto y producía, por su peso, tracciones molestas sobre la pared abdominal; acompañándose, al propio tiempo, de irradiaciones algésicas en la región lumbar. A pesar del estorbo ocasionado en la marcha y de la mayor fatiga que el enfermo experimentaba en el desempeño de su oficio, un temor invencible alejábale de toda idea de intervención cruenta desde el día en que un compañero había formulado el diagnóstico de hernia y contraindicado toda operación. Por otra parte, según manifestación del propio enfermo, la muerte de un conocido suyo operado de cura radical, confirmábale todavía más en sus recelos, llegando á inspirarle verdadero desvío para cuantos, posteriormente, propusiéronle alguna intervención. Hubieron de pasarse así todavía dos años, con molestias cada vez acrecentadas por el progresivo aumento del escroto, y ocurrir la circunstancia fortuita de haber operado nosotros con éxito á un her-

mano suyo de estrangulación herniaria, para que el paciente se decidiera á consultarnos.

En aquella fecha, 17 Enero 1904, este individuo había tenido que cesar todo trabajo; la posición de pie era molestísima, aun con el auxilio de un enorme suspensorio, verdadero saco que llevaba colgado del cuello y atado á la cintura por tirantes transversales, con el fin de evitar la tracción violenta que el peso del tumor producía sobre la raíz del escroto.

El estado de nutrición general se había, no obstante, alterado poco; en cambio, el moral del paciente era lamentable. La continua preocupación originada por la convicción de un padecimiento incurable, y sostenida por el quietismo forzado; la estrechez de los medios y el voluntario secuestro á que se había condenado, habían iniciado el desequilibrio en aquel psiquismo. Las palabras, los esfuerzos encaminados á sacudir su hipocondría, las promesas de una pronta curación, eran acogidas con recelo é incredulidad. Más bien por tedio de la vida que por fe en el resultado de la intervención, parecía el paciente entregarse al acto operatorio. A duras penas, y con acopio de paciencia, pudimos recabar del enfermo los conmemorativos que anteceden.

La víspera de la intervención, el escroto medía 70 centímetros de circunferencia y 55 de largo. Su consistencia era irregular: los dos tercios superiores de la tumoración se hallaban constituídos por una masa de dureza cartilaginosa; y la base, uniformemente globulosa, blanda y lobulada, producía al tacto una sensación de falsa fluctuación. En la cara anterior, inmediatamente por debajo de la placa resistente, formando cuerpo con la masa principal pseudofluctuante del tumor, y recubierta por las túnicas escrotales, la palpación atenta percibía una zona de algunos centímetros semipastosa y muy sensible á la presión. El paciente señalaba este punto como último paradero de la glándula seminal. Efectivamente: el examen minucioso de esta región permitía precisar la situación del testículo, delimitar sus contornos é imprimir á la glándula movimientos de desliz sobre la masa principal del tumor (fig. 3.ª).

El pene, retraído y oculto, ocupaba la región alta externa del escroto. El testículo izquierdo parecía sano, pero la vida genital se mantenía nula desde varios años. Ninguna anomalía congénita ni adquirida era visible en los demás aparatos de la economía.

El diagnóstico pre-operatorio fué dudoso.

Eliminada la posibilidad de un epiplocele por los datos que el examen objetivo suministraba, y sobre los cuales no creemos necesario insistir, nos hallábamos en presencia de una tumoración primaria del escroto, quedando, por lo tanto, el problema reducido á resolver estos dos puntos:

a) Origen del tumor.

b) Naturaleza de la neoformación.

Desde luego la independencia de la tumoración con la piel del escroto, puesta en evidencia por la movilidad de las túnicas externas sobre la masa del tumor, excluía la contingencia de un neoplasma desarrollado en sus paredes. Del mismo modo, la presencia del testículo libre en la cara anterior de la tumoración, deslizándose sobre

FIG. 8.ª—Lipoma del cordón espermático.

la convexidad de la misma, invalidaba la hipótesis de una lesión de la glándula espermática.

La precisión diagnóstica era menos asequible cuando se trataba de deslindar á expensas de cuál de los elementos restantes se había originado el tumor; la vaginal y el cordón espermático son asiento frecuente de lesiones de toda especie.

La delimitación exacta por el tacto, la independencia y movilidad del testículo con relación al tumor, predisponían en contra de la hipótesis del origen primitivamente vaginal del mismo; pues una neoplasia, líquida ó sólida, desarrollada en la cavidad serosa, hubiera englobado el testículo, destruyéndolo ó fijándolo tanto más en las paredes del saco cuanto mayor fuere la presión ejercida por su

masa. Citaremos un caso de *vaginalitis osificans* visto por nosotros hace pocas semanas en la clínica del profesor Kocher, de Berna. El tumor ocupaba la bolsa izquierda, era del tamaño del puño y revestía una consistencia pétrea; el tacto percibía claramente la presencia del testículo, adherido, aplastado, por decirlo así, en la cara posterior del escroto; era imposible imprimir á la glándula movimiento alguno independiente del tumor; la intervención confirmó el diagnóstico de *vaginalitis osificans* preestablecido. Recuérdese, por fin, que la misma inmovilidad por parte del testículo existe en las colecciones serosas y hemáticas de la vaginal. En cambio, en el caso de tumor desarrollado por fuera de aquella túnica, por exagerado volumen que aquél alcance, la presión extrínseca tiene por efecto el desplazamiento y la compresjón del testículo, la limitación de sus movimientos, pero nunca su abolición completa, pues la glándula, encerrada en su estuche seroso, continúa deslizándose sobre la superficie del tumor, como el hueso de la fruta entre los dedos que le oprimen. Este signo, que no hemos visto consignado en ningún tratado, tiene, á nuestro entender, capital importancia diagnóstica cuando se trata de fijar la topografía de una lesión neoplásica del escroto. Creímos, pues, en vista de las consideraciones que anteceden, poder eliminar el diagnóstico de neoplasia desarrollado en el saco vaginal, y por exclusión poder acoger la hipótesis de una lesión primaria del cordón espermático. Además, el comienzo del afecto por nódulos movíbles escalonados desde el fondo del escroto, fusionados más tarde y dirigidos hacia el conducto inguinal, apoyaba aquella interpretación.

Restaba dilucidar el último punto: la naturaleza del tumor.

Si se tiene en cuenta la fecha remota del padecimiento (seis años), el volumen extraordinario del tumor y la nula repercusión sobre el estado general del paciente, quedan desde luego excluídas todas las neoformaciones malignas de carácter epitelial ó conjuntivo, comunes en esta región. Por otra parte, la consistencia irregular, la carencia de verdadera fluctuación y transparencia, excluyen la posibilidad de un tumor líquido (quiste) del cordón. Sin embargo, aquella misma diversidad en la consistencia del tumor nos hizo divagar bastante. La neoformación, como hemos manifestado, presentaba dos zonas: una superior, fusiforme, dura y resistente, cual cartílago; otra inferior, globulosa, blanda y semipastosa, con signos falaces de fluctuación. ¿Tratábase de un tumor primitivamente fibroso que hubiese, por trastornos nutritivos, experimentado en varias zonas un proceso de degeneración y, por ende, de reblandecimiento? ¿Tratábase de una de aquellas formas de tumores mixtos, frecuentes en el escroto, en los cuales todos los tejidos, desde el mucoso al osteoide, se hallan continuados? ¿Tratábase, por fin, de un

lipoma gigantesco, tal como los han descrito Brossard, Curling y Wilms? Todas estas formas han sido observadas en la región que nos ocupa.

Cada una de aquellas hipótesis tenía, pues, visos de verosimilitud. Creímos, no obstante, poder eliminar la primera (concepción de un tumor fibroso en estado de reblandecimiento), fundándonos en los conmemorativos del enfermo: en ningún período la consistencia del tumor había variado; además, la *desintegración* de una masa parecida, por más que se hubiese realizado al abrigo de todo germen exterior, hubiera repercutido palpablemente con seguridad sobre el estado general del paciente. La dureza especial de algunas zonas, combinada con la blandura pseudofluctuante de otras, nos inclinaba singularmente á admitir como probable la existencia de un tumor mixto. Además, la lectura de una observación de mixocondroma del cordón, publicada por Pepper, era para nosotros eminentemente sugestiva y nos apartaba del diagnóstico de lipoma puro y simple del cordón espermático. Afirmamos, en consecuencia, el diagnóstico de mixoencondroma del cordón espermático.

La intervención no presentó dificultad alguna. Una incisión de 20 centímetros, prolongada desde la pared anterior del anillo inguinal á la mitad del escroto, dividió las túnicas superficiales hasta la fascia de Cooper, permitiendo, previo desgarro de las adherencias conectivas con el dartros, la rápida enucleación del tumor. La disección, ligadura y sección aislada de los vasos del cordón se hizo sin obstáculos, á pesar del tamaño exagerado de los mismos; terminamos la operación en menos de quince minutos, con la sutura y drenaje del escroto.

El curso post-operatorio fué normal: la reunión *per primam* permitió al enfermo abandonar ocho días después la cama.

La tumoración, envuelta por la túnica fibrosa del cordón, sensiblemente engrosado, tenía la forma y tamaño de una regular sandía; su peso alcanzaba *5.520 gramos*. El testículo y el epidídimo, atrofiados, colgaban, envueltos por la túnica vaginal, del extremo inferior del tumor por un pedículo vascular, largo de dos centímetros. La masa neoplásica presentaba tres lóbulos íntimamente fusionados entre sí: dos inferiores, semiesféricos, blandos, casi exclusivamente constituídos por tejido grasoso; y otro superior, fusiforme, de consistencia dura, de color blanco anacarado, en el cual el tejido fibroso formaba abundantes remolinos, sembrados de acúmulos grasosos. En la superficie del tumor distinguíanse restos de las fibras musculares del cremáster, y el centro presentaba abundantes focos hemorrágicos, de tamaño oscilando entre el de una nuez y un huevo de gallina. El trayecto y la forma del cordón habían completamente desaparecido, disociados y transformados sus elementos por el li-

poma; solamente en la base, un corto pedículo vascular, unido al testículo, indicaba la primitiva dirección del conducto espermático. *Tratábase, pues, de un lipoma fibromatoso.*

Los lipomas del cordón espermático son interesantes bajo distintos puntos de vista. Sin pretender que su presentación constituya una rareza patológica, puede con seguridad afirmarse que su inusitada frecuencia da lugar á repetidos errores diagnósticos. Muchos operadores han confundido el lipoma de estas regiones con un epiplocele; error tanto más disculpable, cuanto que á menudo el tumor se prolonga por su polo inferior hasta el interior del canal inguinal y experimenta una reducción de volumen en la posición horizontal, debido á fenómenos circulatorios de depleción.

El lipoma se inicia por uno ó más nódulos en el espesor del cordón; su origen deriva de las células adiposas preexistentes en su trama. El desarrollo lentamente progresivo de este tumor necesita el transcurso de varios años para alcanzar aquellos extraordinarios volúmenes de que en ocasiones se hace mención: Wilms cita un caso de 20 libras; Curling, Brossard y Pean han extirpado lipomas de cinco á diez años de fecha, con pesos variables entre 15, 11 y 9 libras, respectivamente; por su tamaño, nuestra observación no desmerece de las anteriores.

El tumor queda limitado por la túnica fibrosa, distendida y engrosada; su crecimiento altera las relaciones y constitución del paquete vascular del cordón, de tal modo, que si bien sus relaciones con el testículo son meramente de contacto, las modificaciones aportadas en la estructura y topografía del paquete vascular impiden la práctica de una intervención conservadora.

La sensación de falsa fluctuación que produce el lipoma, su desarrollo y localización, remedan ciertos caracteres del mixoma, neoplasia de evolución á veces lenta, y susceptible de alcanzar también tamaños enormes. En nuestro paciente, las variantes de consistencia pastosa y resistente á trechos, nos hizo formular el diagnóstico de condro-mixoma.

El lipoma del cordón señala, por lo común, un afecto benigno. No obstante, Curling cita un caso de reproducción y generalización ocurrida un año después de la intervención. Pean, al estudiar las observaciones de Curling, indica, para explicar la recidiva, la posibilidad de una intervención incompleta y la transformación maligna post-operatoria del tumor grasoso.

Debe, finalmente, tenerse en cuenta que esta clase de neoplasias están formadas por una gran diversidad de tejidos, entre los cuales predomina por su mayor abundancia el adiposo; y que los elementos conjuntivos de naturaleza variable, distribuídos en su trama, son susceptibles, en determinados momentos, bajo la acción de cau-

sas desconocidas, de entrar en proliferación y dar origen á alguna de aquellas formas de tumores mixtos, de curso maligno, frecuentes en esta región.

Barcelona, Febrero 1904.

Dos casos raros de placenta previa.

POR EL DR. MARTÍNEZ CERECEDO
Del Instituto Rubio.

La lectura de las consideraciones sobre los casos de «placenta previa» observados en el último decenio en la Maternidad de San Juan, de Roma, expuestas en el Congreso de la Sociedad Italiana de Obstetricia y Ginecología celebrado últimamente en Florencia, trajo á mi memoria dos casos observados y tratados por mí en los últimos años, uno en Enero de 1902 y otro el 7 de Enero de 1903.

En ambos casos se inició la hemorragia alarmante al comenzar los primeros dolores para dilatar el cuello, y la presentación fetal fué de vértice.

En los dos casos la simple rotura de las membranas fué suficiente para hacer desaparecer la hemorragia, gravísima en el primer caso, pues encontré á la parturiente sin pulso, en estado sincopal, acompañada de dos médicos y de un sacerdote. La impresión que me produjo aquel cuadro jamás se borrará de mi mente.

La circunstancia de haberse aconsejado procedimientos tan distintos en el tratamiento de la placenta previa, y el hecho repetido en todos los Congresos de Obstetricia de tratar nuevamente de este asunto interesantísimo, pero sobre el cual no ha recaído todavía un acuerdo unánime, es motivo para que quienes carezcan de suficiente práctica vacilen al intentar elegir el procedimiento que deben seguir según el caso clínico.

Desde hace algunos años he seguido siempre la misma conducta en los casos en que la hemorragia se inicia á la vez que el parto, y consiste en romper las membranas ó la bolsa de las aguas en las presentaciones de vértice; y si la presentación no es de vértice, hacer el taponamiento mientras el cuello se dilata suficientemente para hacer la versión.

Como en los casos citados la presentación era de vértice, no vacilé ni un instante en practicar la rotura de la bolsa de las aguas, que en ambos casos empezaba á formarse.

Dicho lo que antecede, aplicable á los dos casos, para mayor claridad referiré aislada y concisamente cada uno.

El primero corresponde á una plurípara que había parido normalmente seis veces. Se encontraba en los ocho meses y medio de

su gestación, y ocho días antes había tenido una pequeña hemorragia, que cedió espontáneamente.

Yo fuí llamado el mismo día en que tuvo lugar la segunda y tercera hemorragia, esta última enorme, que produjo el síncope de la embarazada y la muerte del feto.

A las once de la mañana de este día la vi por vez primera con motivo de presentarse la segunda metrorragia, y precisamente cuando llegué á su casa y la reconocí, la hemorragia había cedido también espontáneamente, como había ocurrido ocho días antes.

Previa la desinfección de mis manos y de la región vulvar, hice el tacto vaginal; y habiendo encontrado este órgano lleno de coágulos, me desembaracé de ellos con una irrigación vaginal, que utilicé al propio tiempo para la desinfección conveniente, en espectación de la intervención que el caso hubiera de reclamar.

Pronto pude notar con toda evidencia que se trataba de lo que, *a priori*, había sospechado al oir la historia de la primera metrorragia, ocurrida espontáneamente ocho días antes á las dos de la mañana, estando la embarazada acostada y dormida.

Efectivamente: por los fondos de saco vaginales se apreciaba una masa blanda, que se interponía entre el segmento inferior del útero y la cabeza fetal, claramente perceptible por detrás y encima del pubis, donde peloteaba; pues dicha masa blanda se iba adelgazando hacia adelante, pudiendo provocar en el fondo de saco vaginal anterior el peloteo de referencia á través del borde anterior de la placenta.

De este reconocimiento saqué tres conclusiones:

1.ª Que se trataba de una placenta previa, si no central, por lo menos inserta en el segmento inferior del útero, principalmente en la pared posterior.

2.ª Que el feto estaba colocado en presentación de vértice; y

3.ª Que el cuello uterino estaba casi borrado, sin desaparecer completamente; pero la dilatación no había comenzado, pues aun cuando dilatable el orificio uterino, no estaba dilatado ni había contracciones dolorosas; por lo tanto, no se podía afirmar que el parto estaba iniciado.

Como la metrorragia se había cohibido espontáneamente, me limité á la irrigación dicha, sin atreverme á hacer un taponamiento, seducido por la prevención adquirida con la lectura de los trabajos de Pinard á este respecto, quien, en mi humilde opinión, exagera los inconvenientes ó perjuicios del taponamiento, que yo conceptúo inocente por lo menos y de gran utilidad con frecuencia, como hubiera ocurrido en el presente caso al surgir la tercera hemorragia gravísima que comprometió seriamente la vida de la enferma, la cual se salvó casi milagrosamente, pues hubo un momento en que

todos temimos un rápido é inevitable desenlace, peligro inminente de muerte que se evitó con la rotura de la bolsa de las aguas y las inyecciones de suero artificial y de cafeína.

A las doce de la mañana abandoné á la embarazada, previniéndoles que si se repetía la hemorragia ó se iniciaba el parto me avisaran, á cuyo efecto estaría dispuesto á ir rápidamente, aconsejándole á la familia que tuviera agua esterilizada fría y caliente, ergotina, etc., y advirtiéndoles de lo que se trataba y de las posibles consecuencias para el feto y también para la madre.

A las seis de la tarde del mismo día fuí solicitado con urgencia por haber empezado el parto y haber reaparecido la hemorragia, más abundante que las anteriores. Me dirigí á la casa de la enferma con la rapidez posible, pues no logré encontrar un cochero que quisiera conducirme, á consecuencia de la espesa nieve que cubría las calles de Madrid á fines de Enero de 1902, y me encontré con el triste cuadro concisamente referido ya.

Reconocida la enferma, hallé el orificio uterino dilatado, con mayor diámetro del correspondiente á cinco pesetas, y toda la placenta inserta por delante de una línea que pasara transversalmente al nivel del borde posterior del orificio uterino desprendida.

Practiqué la perforación de las membranas, penetrando por delante del borde de la placenta desprendida y por detrás del pubis, encima del cual se percibía el peloteo de la cabeza fetal; y desde este instante cesó en absoluto la hemorragia para no reaparecer, no obstante dos aplicaciones de fórceps infructuosas ó estériles, porque la cabeza se escapó las dos veces sucesivamente, y á pesar de ser la placenta desprendida, arrastrada ó aprisionada entre el feto y la pelvis al resbalar la cabeza en el conducto genital.

El escape del fórceps tuvo lugar por segunda vez, no obstante haber intentado flexionar algo la cabeza y colocarla en posición anterior izquierda, según el consejo y práctica de varios autores y de nuestro malogrado y eximio tocólogo español Dr. Orellano.

Digo anterior izquierda y no izquierda anterior, porque en las posiciones de vértice, como igualmente en las demás posiciones relativas á las diferentes presentaciones, y más especialmente en las de cara, lo que importa no es que la posición sea izquierda ó derecha, sino anterior ó posterior, como con profundo talento y conocimiento de la materia ha sostenido un egregio tocólogo, también español, mi inolvidable y sabio maestro Dr. D. José Andrey de Sierra, catedrático de Obstetricia de Santiago.

Habiéndose deslizado por segunda vez el fórceps, y viendo que sin embargo de las contracciones uterinas fuertes no reaparecía la hemorragia, y que la cabeza tendía á encajarse, me limité á ser mero espectador de lo que ocurría, dispuesto á volver á aplicar el

fórceps si resurgía la metrorragia ó si el período de expulsión se detenía; pues noté, como consecuencias inmediatas de las aplicaciones dichas, el efecto mecánico de la dilatación del cuello y el fisiológico ú ocitócico de reavivar las contracciones uterinas, que cada momento se hicieron más fuertes y frecuentes, teniendo lugar simultáneamente la expulsión del feto, de la placenta y membranas á las nueve de la noche, esto es, dos horas después de la primera aplicación de fórceps.

El objeto principal de la aplicación de fórceps era intentar que la cabeza atravesara el cuello y se encajase sin llevar consigo la placenta, pues al ser arrastrada y desprendida violentamente tenía el temor natural de que reapareciese la hemorragia, que por pequeña que fuese habría de acabar con la parturiente, tan falta de sangre por las pérdidas anteriores.

Con la muerte fetal ya se contaba, porque no se percibían los latidos cardíacos y porque su vida era incompatible con la enorme cantidad de sangre perdida.

Las dificultades con que tropecé al aplicar el fórceps por encima del estrecho superior no me han sorprendido, pues es axiomático que dicha intervención es tanto más difícil cuanto menos flexionada está la cabeza, cuanto más transversalmente está colocada y cuanto mayor sea el asynclitismo. Por esto precisamente la presa ideal de que hablan los tocólogos modernos es imposible por encima del estrecho superior.

El asynclitismo posterior en que suele estar colocada la cabeza, por encima del estrecho superior, es un motivo que dificulta la aplicación regular y simétrica del fórceps en dicho sitio. Por todas estas razones, tocólogos tan eminentes como Wallich incluyen el encajamiento de la cabeza entre las condiciones indispensables para la aplicación del referido instrumento.

En el caso á que me refiero tenía el asynclitismo menos importancia para la aplicación del fórceps que la falta de flexión y la situación transversal de la cabeza, porque el feto no era muy voluminoso y podían, por lo tanto, encajarse simultáneamente las dos eminencias parietales; no siendo indispensable, por consecuencia, que el descenso se realizase exclusivamente á beneficio del mecanismo tan bien estudiado por Pinard y Tarnier, cuyo mecanismo resulta entorpecido, ó mejor dicho, irrealizable con la aplicación del fórceps.

En casi todos los partos en que se verifica el tacto vaginal antes que la bolsa sero-sanguínea dificulte distinguir la sutura sagital, se aprecia ésta situada en relación con la distancia del polo descendente al plano coxi-sacro, como enseñan los trabajos de Farabeuf.

El encajamiento, por lo tanto, hay que diagnosticarlo por el

tacto vaginal, sin los temores que nos inspiran las observaciones de Oishausen y de otros tocólogos modernos (1).

Las conclusiones que se deducen de la relación expuesta son:

1.ª *Que el taponamiento (proscrito por Pinard) tuvo aquí lógica aplicación.*

2.ª *Que en los casos de hemorragias de esta naturaleza, por grave y mortal que se conceptúe tal accidente, se debe siempre recurrir á la rápida rotura de las membranas, intervención modesta pero casi siempre heroica.*

3.ª *Que, no obstante el deslizamiento del fórceps, produjo éste dos efectos utilísimos: dilatar por completo el cuello uterino y despertar la energía de las contracciones uterinas.*

4.ª *Que con el suero y la ergotina corregimos los efectos de la anemia rápida y excitamos la involución uterina, previniendo hemorragias que la enferma no hubiera podido resistir.*

El puerperio de esta parida fué completamente fisiológico.

Con las inyecciones de suero, que se continuaron algunos días, fueron reparándose las fuerzas.

Con la ergotina se favoreció la involución uterina, y á los dos años tuvo un embarazo normal seguido de un parto y puerperio completamente fisiológicos.

*
* *

El segundo caso que voy someramente á indicar es rarísimo, porque coincidía la inserción de la placenta en el segmento inferior con hidramnios que se oponía al encajamiento (2) del feto en una primípara á los ocho meses y medio de su embarazo; y á la vez, el feto tenía el defecto de desarrollo que puede verse en la fotografía de la página siguiente.

También en este caso tuvo lugar el parto á los ocho meses y medio, iniciándose el período de dilatación con una metrorragia considerable. La embarazada era primípara, y al reconocerla se observaba borrado el cuello.

Cada veinte minutos tenía contracciones dolorosas. Aleccionado por lo que pasó con el primer caso referido, le hice un taponamiento vaginal, con el doble fin de cohibir la hemorragia y de estimular las contracciones uterinas. A las tres horas de la colocación del ta-

---

(1) Para determinar el sitio y circunstancias en que se detiene excesivamente el período de expulsión, y poder precisar la intervención indicada en cada caso, hay que recurrir imprescindiblemente al tacto vaginal, que, verificado en condiciones asépticas, es inofensivo.

(2) La palabra encajamiento tiene dos acepciones muy distintas en tocología. Por encajamiento en el parto debe entenderse que el diámetro biparietal ha rebasado el estrecho superior, mientras que en el embarazo significa que una parte de la cabeza ocupa la excavación. Esto refiriéndonos á la presentación de vértice.

pón, las contracciones aparecían cada diez minutos y eran más fuertes.

Saqué dicho tapón: y viendo que había una dilatación del diámetro de dos pesetas, próximamente; que la hemorragia, por más que escasa, continuaba; que la cabeza fetal peloteaba por encina del pubis sin señales de encajarse, y que había exceso de líquido amniótico, pues el volumen del vientre correspondía á un embarazo ge-

Ectromelia coexistente con hidramnios é inserción previa.

melar al noveno mes, durante el dolor correspondiente á una contracción rompí la bolsa de las aguas con el triple objeto de prevenir la hemorragia, vaciar el exceso de líquido amniótico y fijar la presentación de vértice, que se encajó con rapidez, terminando felizmente el parto á las cuatro horas de dicha rotura.

Dejo á la consideración del que leyere esta concisa narración los apuros y la sorpresa inusitada de que hubiera sido víctima el que esto escribe, si en vista de la primera hemorragia, del hidramnios, de la situación de la cabeza fetal, que flotaba con toda libertad por encima del estrecho superior, y en fin, de la existencia de la inserción de la placenta en el segmento inferior del útero, que si

bien no se percibía por el tacto digital como en el primer caso, no obstante, tal diagnóstico era más que probable; dejo á la consideración de mis compañeros la incertidumbre y las vacilaciones que hubiera experimentado si me hubiese resuelto á practicar la versión podálica al encontrarme con cuatro extremidades cónicas completamente análogas, pues como se ve en la fotografía, se trataba de un caso de *ectromelia* en que el feto carecía de manos y pies.

Gracias á la conducta seguida, que está inspirada en el criterio que tengo hace ya bastantes años respecto al tratamiento de las hemorragias por inserción de la placenta en el segmento inferior, cuando la metrorragia coincide con la iniciación del parto, hoy viven madre y feto; mientras que si hubiera hecho la versión, nadie sabe lo que hubiera ocurrido tanto á la madre como al niño.

Terminaré resumiendo lo dicho, con las conclusiones siguientes:

1.ª *El taponamiento puede producir grandes beneficios en las hemorragias que acompañan al comienzo del parto, porque las cohibe y excita la contracción uterina: esto es, acelera el parto.*

2.ª *La rotura de las membranas ó de la bolsa de las aguas, si el período de dilatación empezó, es la mejor garantía contra la hemorragia, si se trata de una presentación de vértice.*

3.ª *Si la presentación no es de vértice, también se debe recurrir al taponamiento hasta que la dilatación permita la versión podálica corriente ó la aconsejada por Braxton Hicks.* La aplicación de los dilatadores de Barnes, Champetier de Ribes y de otros autores puede ser peligrosa, ya alejando la cabeza del segmento inferior del útero, ya provocando contracturas uterinas (del anillo de Blandl) (1), como aseveran varios tocólogos.

Si la necesidad de recurrir á dilatadores se hiciera evidente, los separadores de Tarnier serían preferibles, porque no exponen á presentaciones viciosas, y es más fácil esterilizarlos y aplicarlos.

Embarazo abdominal primitivo que llegó á término.

POR EL DR. EUGENIO GUTIÉRREZ

Profesor del Instituto Rubio, etc.

María N., natural de Puente San Miguel (Santander), de treinta y cuatro años de edad, casada, labradora. Tuvo su primera menstruación á los diez y seis años y siempre continuó con regularidad, sólo interrumpida durante los embarazos, el primero de los cuales comenzó al mes de casada y terminó á los cuatro por aborto. Después ha tenido esta mujer siete partos normales en el transcurso

(1) Budin ha visto producirse la retracción del anillo de Blandl por los globos de Champetier de Ribes.

de los catorce años de su matrimonio, habiendo ocurrido el último en Mayo de 1900, y cuyo hijo lactó durante veinticuatro meses.

En Abril y Mayo de 1902 faltó la regla, y en 13 de Junio del mismo año se presentó el aborto. A las tres semanas de éste, ó sea el 4 de Julio de 1902, reapareció la menstruación, no volviendo á presentarse en los meses sucesivos, durante los cuales la enferma fué notando todos los síntomas de un embarazo normal, sintiendo los movimientos activos del feto en el curso del quinto mes, á la vez que tuvo algunos vómitos y sensación de bolo histérico.

Nada ocurrió que llamase la atención de esta mujer, ya bien práctica en estos asuntos, hasta los primeros días de Abril de 1903, en cuya época advirtió que sus piernas estaban edematosas; á lo cual no atribuyó gran importancia ni por ello consultó con el médico, hasta que el día 9 del mismo mes estalló un ataque de eclampsia, primero de la serie que puso en peligro su vida.

En estado inconsciente permaneció hasta el día 14, habiéndose presentado dolores de parto durante los ataques; y las primeras palabras que la enferma pronunció al recobrar el conocimiento fueron para preguntar por su hijo, cuyos movimientos ya no sentía.

En los días siguientes notó la subida de leche, disminuyendo después el volumen de las mamas y más lentamente el del abdomen. El día 9 de Mayo, es decir, al mes justo, apareció la menstruación suspendida desde el 4 de Agosto de 1902, y ha seguido regular, aunque abundante, hasta el 20 de Octubre de 1903, época de aparición de la última.

Hallábame veraneando en una villa próxima al pueblo de residencia de esta enferma, cuando recibí el 20 de Julio último su visita con una recomendación de mis queridos amigos é ilustrados compañeros los Sres. Sánchez Peña y Salazar, á quienes ofrecía muchas dudas el caso.

Ellos la habían asistido durante sus ataques de eclampsia, que tan felizmente supieron conjurar; habían apreciado los movimientos activos del feto en los primeros momentos, por lo cual no dudaron de la existencia de un embarazo normal, en cuyo curso había sobrevenido la gravísima complicación de la eclampsia; y, sin embargo, no podían explicarse que, á pesar de los síntomas de parto acaecidos durante los ataques, éste no hubiese tenido lugar y la enferma continuara en el más perfecto estado de salud, pero con un tumor abdominal de tan extraño curso.

Tan raras circunstancias sirvieron para excitar más mi curiosidad y para obligarme á practicar un examen detenido del caso.

Nada revelaba en el estado general de esta enferma la menor alteración: salvo la incertidumbre del resultado que pudiese tener el tumor que llevaba en el vientre, ninguna molestia la obligaba á

alterar su vida y régimen habituales, ni tampoco á buscar los auxilios de la ciencia.

Todos sus aparatos orgánicos funcionaban con perfecta normalidad; sólo le preocupaba la existencia del tumor, cuya naturaleza y consecuencias deseaba conocer.

Curiosa por demás era esta historia clínica de embarazo, al parecer normal, que al llegar á su término, y después de anunciarse los dolores de parto en medio de los ataques de eclampsia, no termina por la expulsión del feto.

Cuando la reconocí, tres meses después de esta crisis, la enferma presentaba un vientre tan abultado como el que corresponde á una gestación de ocho meses, pero de forma especial: el tumor era esférico, nada movible, de superficie lisa y consistencia elástica, haciendo gran relieve en la región umbilical y parte superior de la hipogástrica, dejando entre su segmento inferior y el pubis un gran espacio vacío, en el cual la sonoridad era timpánica. Si alguna movilidad podía apreciarse era empujándolo de abajo arriba.

Por más que exploré con detenimiento, no pude notar partes fetales á través de sus paredes; en cambio, era muy perceptible la fluctuación en algunos puntos, contrastando con la relativa dureza de otros. Tampoco pude comprobar á la auscultación soplo alguno.

La matriz, que se hallaba en anteversión y muy movible, medía 7 centímetros de longitud. Al tacto vaginal, aparecía libre de toda tumoración la excavación pelviana.

En vista de estos datos, expuse á la enferma la necesidad de una intervención quirúrgica, entregándole al mismo tiempo una carta para su médico de cabecera, Sr. Salazar, en la que le decía que, si bien la historia del caso y los datos por él recogidos hacían firme el diagnóstico de un embarazo, éste no había tenido lugar en la matriz, cuyo órgano se encontraba en estado normal, ni tampoco en la trompa, primero, y secundariamente en la cavidad abdominal ó en el ligamento ancho, por la falta absoluta de todo trastorno durante la gestación que así lo hiciese sospechar; de ser embarazo este tumor, tenía que haberse desarrollado el feto desde un principio en la cavidad peritoneal, cosa no admitida hoy por la ciencia.

Por otra parte, los caracteres del tumor lo mismo podían corresponder á un embarazo extrauterino con feto muerto, que á un quiste ovárico, no siendo excepcional la coexistencia de la albuminuria con estos tumores. Una ú otra especie tumoral sólo ofrecía un tratamiento: la *laparotomía*, que aplazamos hasta mi regreso á Madrid, ingresando la enferma en el Instituto Rubio á mediados de Octubre de 1903.

El día 4 de Noviembre, y con las dudas consiguientes en el diagnóstico, practiqué la operación como sigue:

Incindida la pared abdominal desde el pubis al ombligo, y después de despegar el peritoneo de la superficie del tumor en el sitio de la incisión, apareció la cubierta de éste de color amarillo verdoso (color de hoja seca), indicio cierto de su mortificación y de la naturaleza hemática del contenido líquido, lo que parecía comprobar el diagnóstico de quiste. Este se hallaba total é íntimamente adherido á la pared anterior y lateral derecha del abdomen, tanto que se había apropiado el peritoneo parietal; y por su parte súpero-anterior estaba recubierto por el gran epiplon, enormemente hipertrofiado, que se soldaba á su cubierta.

Destruída la adherencia parietal y resecado un trozo de epiplon, después de vaciar con el trócar el contenido líquido, que tenía un color rojo sucio, achocolatado, con grumos de materia sebácea, procedí á despegar por la parte posterior algunas asas intestinales, y, sobre todo, el colon ascendente en la porción del ciego, cuyo apéndice se adhería íntimamente al saco, no quedando ya el quiste sujeto más que por una especie de pedículo ancho y grueso al repliegue infundíbulo-pelviano del lado derecho.

Al sacar el tumor, así liberado, fuera del vientre, sus frágiles cubiertas se rompieron y asomó el feto femenino cuya fotografía se acompaña, resolviendo las dudas de diagnóstico.

Pero tratando de averiguar el origen de este embarazo ectópico, puse al descubierto el aparato genital interno, viendo con sorpresa que la matriz, los ovarios y las trompas estaban completamente sanos y libres de toda adherencia, lo mismo que el fondo peritoneal de Douglas, en el cual no existía el menor indicio de coágulo ni de falsa membrana.

Apurando más el examen delante de cuantos Profesores presenciaban la operación, traté de investigar el estado de la trompa derecha (que ninguna relación tenía con el tumor, como puede verse en el dibujo, y que no ofrecía señales de lesión ni divertículo alguno) é introduje una sonda á través de su pabellón, que fácil y holgadamente pasó hasta el istmo.

En ambos ovarios había algunos folículos quísticos, que puncé con el termocauterio.

El quiste fetal se había desarrollado por encima del estrecho superior, á partir del repliegue peritoneal infundíbulo-pelviano, y su polo inferior servía de bóveda al aparato genital interno; teniendo sus más firmes adherencias á modo de pedículo en el repliegue falciforme y fosa ilíaca por abajo, y en el epiplon por delante y arriba, precisamente en el punto de implantación de la placenta, pudiendo decir que el gran epiplon hizo las veces de útero, pues á sus expensas principalmente se nutrió el feto. (Lámina I.)

La operada tuvo una convalecencia feliz, sin fiebre ni trastorno

de ninguna especie, y regresó á su país el día 1.º de Diciembre.

Examen macroscópico (lámina II).—El feto, del sexo femenino, está perfectamente desarrollado, como corresponde á un feto de todo tiempo; mide 49 centímetros de longitud, tiene un peso de 3.115 gramos con placenta y cubierta quística; y ofrece todos los caracteres de la maceración con su epidermis levantada á grandes trozos, flictenosa en otros, el dermis de color rojo azulado, el pecho hundido, el cráneo separado del cuero cabelludo por serosidad sanguinolenta, etc.

Su actitud dentro del quiste era de flexión, con el dorso hacia atrás y abajo, la cabeza á la izquierda y las extremidades inferiores á la derecha y arriba, correspondiendo la inserción, marginal, del cordón, que mide 47 centímetros de longitud, á la parte de la placenta donde estaba adherido el epiplon.

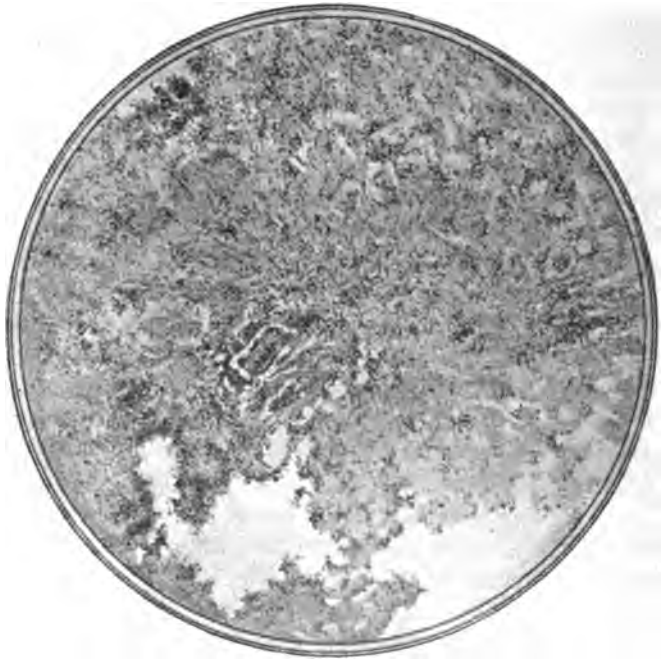
Las cubiertas del quiste forman una capa gruesa de uno ó dos centímetros de espesor y están alteradas por regresión; la superficie interna es lisa, lustrosa, parecida en cierto modo al amnios; y al nivel de la cara fetal de la placenta y de la inserción del cordón, se desprende con facilidad en forma de membrana tenue. La placenta, que se adhiere íntimamente al saco y tiene su mayor espesor al nivel de la adherencia epiploica, se adelgaza gradualmente hasta confundirse con la cubierta donde comienza esta adherencia; y en este punto toma origen por tres expansiones el cordón umbilical.

Examen microscópico.—Según las preparaciones hechas por el Dr. D. Enrique Moreno Melgar. (Lámina III.)

A pesar de las alteraciones sufridas por los tejidos constitutivos de la pieza patológica, no han sido éstas tan marcadas que hayan llegado á impedir el análisis histológico de la cubierta quística y de la placenta en el punto de unión con dicha cubierta. En cambio, la parte de placenta correspondiente á la cara fetal, y lo mismo las membranas ovulares, estaban en tal grado de degeneración granulosa, que no ha sido posible deducir de su estudio la forma y disposición de sus elementos constitutivos durante la vida del huevo en el vientre materno.

Comenzando por la cubierta quística, diremos que está constituída por un tejido conjuntivo de mallas muy apretadas, entre las cuales se encuentran células fijas de grueso volumen, con el protoplasma difícilmente colorable, las cuales recuerdan un tanto á las células deciduales que durante el embarazo normal se encuentran en la mucosa uterina. Esta cubierta, que, en general, es gruesa y consistente, en algunos puntos se ha hecho muy frágil, por efecto de la degeneración calcárea que han sufrido sus elementos. Pero el estudio de esta cubierta, donde tiene más interés es en los puntos de inserción de la placenta, y en los otros que se puede decir que cons-

tituyen los ilios del tumor, que son dos, y corresponden uno al pedículo y otro á la zona de inserción del gran epiplon. En el primero se pueden considerar dos zonas: una central, densa y poco rica en vasos (lámina III, fig. 1.ª); y otra periférica, subperitoneal y tan rica en vasos como puede verse en la fig. 2.ª En lo que hémos convenido llamar segundo ilio, se observa el mismo tejido conjuntivo denso, íntimamente unido y entremezclado con la grasa subperitoneal, y atravesado por gruesos vasos, cuyo calibre llega en algunos hasta á alcanzar cuatro milímetros de diámetro. En la



Corte de placenta, en cuya parte central se ve una plaqueta sincicial.
Prep. del Dr. Moreno Melgar.

amplia zona correspondiente á la inserción de la placenta, es de notar el sinnúmero de roturas y oquedades que existen entre las mallas conjuntivas, á la par que la gran proliferación microcelular, que viene á constituir como una zona de separación ó de tránsito entre uno y otro tejido, algo así como si quisiera representar una *placenta materna* (si es permitida la frase).

La placenta ninguna particularidad de estructura ofrece, en los sitios en que esto se ha podido averiguar. Basta para darse cuenta de ello la inspección de las figuras 4.ª y 5.ª, en las que sólo se echa de menos la falta de células de Langhans, que no se hacen visibles

en la microfotografía, porque no ha sido posible hacerlas destacarse lo suficiente con los diversos medios empleados para su coloración de contraste. Otro tanto ha ocurrido con las plaquetas sinciciales que van representadas en la lámina II.

Así como, según hemos dicho anteriormente, la parte de placenta correspondiente á la cara fetal ha sufrido un proceso destructivo manifestado por la degeneración granulosa, en la cara materna, por el contrario, el proceso ha sido de organización, siquiera ésta pueda ser debida á la invasión de las vellosidades por el tejido conjuntivo de los tabiques fibrosos que sirven de armazón al tejido placentario, al que hubiera llegado á sustituir si el quiste fetal hubiese permanecido más tiempo en el vientre materno.

Como se deduce de la historia clínica que antecede, éste es un caso típico de *embarazo extrauterino primitivamente abdominal*, que llegó á término, á pesar de cuanto escriban todos los tratadistas de la especialidad, cuyas ideas absolutas en la materia fueron la causa de mis dudas en el diagnóstico.

En efecto: hablando Lawson Tait del *embarazo abdominal*, dice (1):

«Yo no puedo admitir la suposición de que el óvulo fecundado sea capaz de crecer y desarrollarse en la cavidad del peritoneo; porque el poder de absorción de esta serosa es tan considerable, que un óvulo, aun fecundado, no encuentra allí ninguna facilidad para su desarrollo. Todos los casos descritos bajo el nombre de *embarazo abdominal* son evidentemente excepcionales: son casos de embarazo tubárico, en los que la rotura primaria de este conducto al final del tercer mes no ha sido fatal, y en los que la placenta expulsada ha contraído por sí misma adherencias viscerales en el punto á que ha llegado.

»Puede suceder que sean casos en los cuales la rotura secundaria de la bolsa fetal, formada á expensas del ligamento ancho, ha convertido en embarazo intraperitoneal una gestación ectópica que primitivamente se había desarrollado fuera de esta cavidad.

»La primera de estas eventualidades es ciertamente la más frecuente, y esto me han demostrado hasta la evidencia las operaciones que he practicado; porque he visto la trompa rota algunos días después de la catástrofe, conteniendo aún la mayor parte de la placenta, mientras que las vellosidades de la porción expulsada habían ya comenzado á enviar prolongaciones sobre el intestino, la vejiga, el fondo del útero y sobre los pliegues del epiplon.

»Cualesquiera que sean, por otra parte, las diferentes opiniones sobre este asunto, hay un hecho actualmente cierto, y es: que el

(1) Lawson Tait: *Traité clinique des maladies des femmes.* — Trad. fr. París, 1891, página 593.

mayor número de los casos de gestación ectópica es de origen tubárico. No tengo ninguna dificultad en creer que un embarazo primitivamente tubárico puede ser, después de la rotura, completamente expulsado de la trompa; así como también puede ésta retraerse y cicatrizarse por completo, mientras que el embarazo se desarrollará y seguirá su curso en la cavidad peritoneal.

»Un caso notable de este género es el observado por Maticki, y en el cual el útero y los anejos estaban intactos, siendo el sitio de inserción de la placenta casi únicamente epiploico» (1).

En parecidos términos se expresa Howard A. Kelly (2), al tratar de la clasificación del embarazo extrauterino, y añade: «La *forma abdominal primitiva* ha desaparecido de nuestra nomenclatura, desde que Werth demostró que los casos clásicos reconocidos como tales eran todos tubáricos en su origen».

El profesor Martín (3), al clasificar 77 casos de embarazo extrauterino, que ha recogido personalmente, según el punto de implantación del óvulo, tampoco incluye ninguno de embarazo abdominal primitivo.

En cambio, Bandl (4), cuando trata del embarazo extrauterino abdominal, dice:

«Aunque, según nuestras propias observaciones, los embarazos considerados como primitivamente abdominales parecen haber tenido su comienzo de desarrollo en el extremo abdominal de la trompa, no se puede negar que ocurra la caída del óvulo desde el folículo de De Graaf ó desde la más pequeña fimbria ovárica á la cavidad abdominal, y allí se desarrolle.

»Según Klob, el huevo se desarrolla en el punto donde está en contacto con la pared abdominal, donde la proliferación celular del tejido conjuntivo le rodea parcialmente, haciendo posible la vascularidad extraordinaria el desarrollo de la placenta».

A pesar de tan respetables opiniones, yo sostengo que el caso referido no puede ser más que *un embarazo abdominal primitivo*, por su historia, por la disposición del saco fetal y por el estado de los órganos alojados en la excavación pelviana.

---

(1) Deseando conocer la historia completa de este caso, parecido al mío en el acto operatorio, pues me importa demostrar, por el curso del embarazo, si hubo rotura primaria de la trompa, pedí á Berlín el número del *Monatschrift für Geburtshülfe* correspondiente al mes de Mayo de 1860, en que, según Lawson Tait, se publicó; pero examinada por mi discípulo D. Carmelo Gil, que actualmente reside en la capital alemana, toda la colección de 1860, sólo ha encontrado un caso de Rektorzik (*Ein fall von Graviditas extra-abdominalis)*, referido en el núm. 18 de dicho año, que nada tiene que ver con el mío por tratarse de embarazo en un cuerno uterino, y cuyo saco fetal pendía sobre el muslo derecho fuera del vientre.

(2) Howard A. Kelly: *Operative Gynecology*. London, 1898, pág. 484.

(3) Howard A. Kelly: loc. cit.

(4) L. Bandl: «Diseases of the Tubes». *Cyclopaedia of Gynecology*. New-York, 1887, pág. 55.

En efecto: de haber sido embarazo tubárico en su origen, debió ocurrir para hacerse abdominal una de estas dos cosas: ó el aborto tubárico, ó la rotura de la trompa. Si lo primero, casi siempre acompaña al huevo á su paso por el pabellón de la trompa una hemorragia más ó menos considerable, siendo destruído por reabsorción el óvulo ó el embrión y el coágulo que le rodea; ó enquistándose por la formación de adherencias y convirtiéndose á veces este saco en un absceso, al par que continúa la hemorragia en el interior de la trompa, formando estratos que revisten su pared y aumentan el grosor de este conducto dándole la forma de una salchicha. Así lo hemos comprobado en varias operadas, siendo en una de ellas tan importante la hemorragia, que necesitamos 16 litros de agua salina esterilizada para limpiar perfectamente la cavidad peritoneal.

He aquí la observación (lámina IV, fig. 1.ª):

D.ª Guadalupe A., de treinta y seis años, natural de Avilés, casada, nulípara. Tuvo su primera menstruación á los catorce años, y continuó con regularidad, lo mismo de soltera que después de casada; presentándose la última, normal, el 6 de Diciembre de 1893. En Enero de 1894, regla muy escasa. En 6 de Febrero faltó, experimentando la enferma durante los dos meses malestar general, náuseas, inapetencia y pérdida de fuerzas. El 17 de Febrero, á las seis de la tarde, se le fijó súbitamente un dolor intensísimo en el bajo vientre, acompañado de palidez de la cara, ligero desvanecimiento, enfriamiento de las extremidades, malestar indescriptible, náuseas, etc. Este angustiosísimo estado duró unas tres horas; y desde aquel momento la enferma no dejó de sentir un dolor en la excavación pelviana, más acentuado en el lado derecho, unas veces vivo, otras tolerable ó casi nulo. El acceso doloroso se repitió con violencia al día siguiente y á la misma hora que el primero, sucediendo lo mismo el 19 y 20 de Febrero. El día 22 la reconocí, pudiendo comprobar la existencia de un tumor, del tamaño de un huevo de gallina, en la trompa derecha, blando, pastoso, poco doloroso, con latido exagerado en su base, correspondiente á la arteria uterina, y que ofrecía los caracteres de un embarazo tubárico.

El día 2 de Marzo practiqué la laparotomía, que nos permitió observar lo siguiente: la hoja visceral del peritoneo, el epiplon y la serosa intestinal estaban fuertemente hiperemiados; el fondo peritoneal de Douglas, lleno de sangre negruzca, coágulos sanguíneos de distinto volumen, unos recientes, otros medio organizados. Desalojada en parte la excavación de la gran cantidad de coágulos que contenía, pusimos al descubierto los anejos del lado derecho y procedimos á su ablación, resecando después un trozo de epiplon, así como el apéndice vermicular, que ofrecía pocas condiciones de vitalidad, practicando luego un lavado minucioso de la cavidad perito-

neal, hasta que el agua salió completamente clara, y suturando la herida por nuestro procedimiento ordinario. La operada tuvo una convalecencia normal; quitamos los puntos de sutura el día 11, y el 28 del mismo mes se le dió el alta por curación.

El tumor, cuya reproducción damos en la lámina IV, fig. 1.ª, está constituído por la trompa derecha. Su superficie externa, lisa, azulada, dibuja toda la riqueza vascular, hasta en sus menores detalles, de un modo perfecto; las franjas del pabellón están extraordinariamente hipertrofiadas y jugosas, y á través de éste asoma un coágulo sanguíneo. De la parte inferior de este tumor ovoideo pende el ovario, de forma irregular, con algunos folículos quísticos y un cuerpo amarillo (*corpus luteum*) reciente.

Abierto el saco tubárico, desprendidos los coágulos más superficiales, se ve una cavidad recubierta por una tenue membrana azulada y brillante formando pliegues (cavidad del amnios), partiendo de un abultamiento de su cara inferior el pequeño cordón (*c*, lámina IV, fig. 2.ª), y estando formadas las otras elevaciones por hematomas subamnióticos, que daban á la trompa el volumen exagerado que tenía. Era este caso el tipo de lo que los ingleses llaman «huevo apoplético».

Siguiendo ahora nuestro razonamiento, veamos lo que ocurre cuando se verifica, no el aborto tubárico, sino la rotura de la trompa. Este accidente suele tener lugar antes del cuarto mes, y se presenta con todos los síntomas graves y típicos del hematocele intraperitoneal: violento dolor pelviano, desfallecimiento de la enferma, que se queda fría, sin pulso, sudorosa, casi agónica, presa de lipotimias, con las cuales parece que acaba la vida; fenómenos todos que acompañan á la inundación peritoneal y que obligan á intervenir rápidamente si queremos salvar á la mujer, como en un caso que tuve ocasión de observar con el Dr. Abascal, terminado felizmente con la laparotomía de urgencia, practicada por este profesor. Como dice el mismo Lawson Tait, son demasiado serios estos síntomas para que pasen inadvertidos.

Puede suceder que la rotura de la trompa se verifique entre las dos hojas del meso-sálpinx, haciéndose intraligamentario ó subperitoneal el embarazo tubárico y produciéndose en el momento del accidente un hematoma subperitoneal en vez de un hematocele; pero en estos casos también se presentan trastornos característicos.

El 21 de Noviembre de 1892 operamos en el Instituto de Terapéutica Operatoria, que funcionaba en el Hospital de la Princesa, un caso muy notable, por cuanto el embarazo llegó á término y pudo haberse salvado la criatura, como se salvó la madre, si ésta ingresa oportunamente en la clínica. He aquí, en pocas palabras, la historia:

Josefa S., de treinta y un años de edad, casada, natural de Herrera (Lérida). Primera menstruación á los trece años; siempre normal esta función. Un parto fisiológico el 6 de Febrero de 1879. Tuvo su última regla el 12 de Diciembre de 1891, es decir, que transcurrieron doce años y diez meses entre ambos embarazos, gozando en este tiempo de buena salud. Durante el primer mes no se presentó más síntoma que repugnancia por los alimentos; en el segundo, ó sea en Enero de 1892, tuvo vómitos, perversión del apetito, estreñimiento pertinaz, disuria. El 29 de Febrero, ya en el curso del tercer mes, á las dos de la tarde, y después de beber un vaso de agua de limón, sintió un vértigo, palideció y cayó al suelo sin sentido. A los pocos minutos volvió en sí, vomitó abundantemente, y de pronto sintió un dolor agudísimo en el interior del vientre, seguido de hemiplegia izquierda. Al ser trasladada á la cama como una masa inerte, y loca por el dolor, comenzó á fluir por la vulva serosidad sanguinolenta en regular cantidad. Este estado persistió durante tres días, y poco á poco fué desapareciendo el dolor, cesaron los vómitos, comenzó á mover los miembros paralizados, y pudo presentarse en nuestra consulta del Instituto el 7 de Mayo. Entonces pudimos apreciar un tumor blando, pastoso, que llenaba el fondo peritoneal de Douglas, deprimiendo la vagina, y se prolongaba hacia la fosa ilíaca izquierda; la matriz estaba rechazada hacia adelante y arriba, y parecía tener continuidad con el tumor, por lo cual nos inclinamos al diagnóstico de hematoma subperitoneal, aunque el médico que la había asistido durante el accidente, y que ya ha muerto, creyera (sin razonarlo) en un embarazo extrauterino, lo cual motivó una discusión, tanto en el Instituto como en la Sociedad Ginecológica, donde fué presentada la enferma el 17 de Mayo.

En el mes de Junio advirtió esta mujer los primeros movimientos activos del feto, fijándose ya el diagnóstico de un modo definitivo, sobre todo después que con la histerometría se comprobó la vacuidad del útero, quedando sometida la enferma á observación para ser operada en época oportuna.

Pasó hasta el 2 de Octubre con algunas molestias, sin poder dedicarse á sus ocupaciones, y en esta fecha practicamos un reconocimiento, que nos permitió comprobar lo siguiente: el vientre, por su forma y volumen, era parecido al que corresponde á un embarazo de término; los genitales externos estaban edematosos y con un color vinoso, y la vagina infiltrada, caliente y del mismo color que la vulva; el cuello uterino, blando, edematoso y bastante dilatado su conducto, estaba situado por detrás y á la derecha de la sínfisis pubiana, pero no tan alto como en el primer reconocimiento; los fondos de saco vaginales, muy bajos y ocupados por la extremidad cefálica del feto, cuyas suturas podían tocarse bien; la cabeza fetal,

enclavada en el estrecho superior y muy poco ó nada movible; á la izquierda de la línea morena, y en la región infra-umbilical, se percibía claramente el soplo placentario, y más abajo el latido cardíaco del feto; á la derecha, y por encima de la cicatriz umbilical, se podía abarcar con ambas manos la extremidad pelviana, siendo muy perceptibles los movimientos activos.

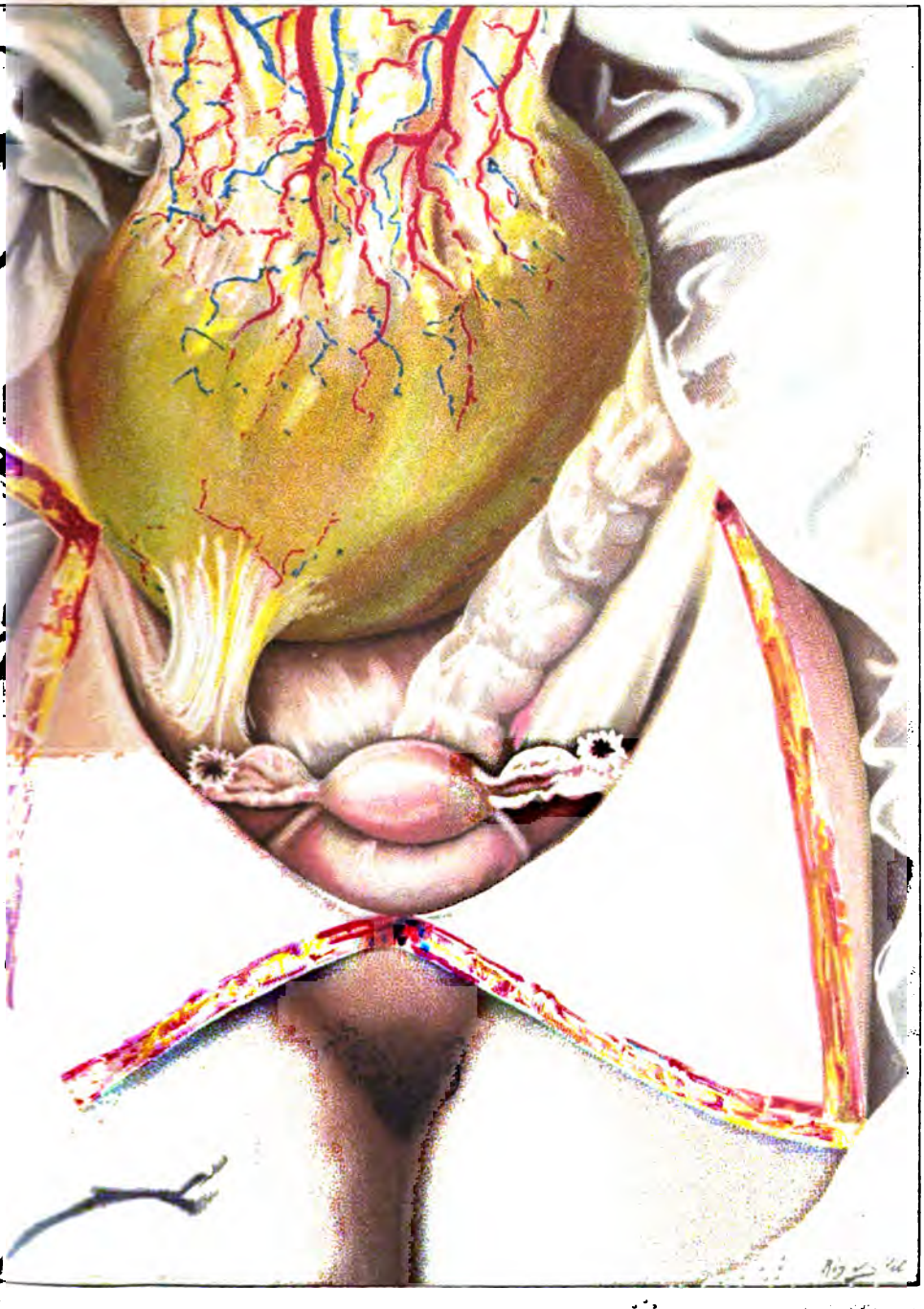
Atacada de la gripe esta enferma, no pudo ingresar en la clínica en los primeros días de Octubre, como la aconsejamos, en vista de haber pasado ya el término probable de la gestación; y no lo hizo hasta el 24 del mismo mes, diciendo que desde el día 14 no sentía los movimientos de la criatura, y que creía se había muerto. Con efecto, la auscultación y la falta de movimientos activos del feto nos demostraron que era cierta la presunción de Josefa; en vista de lo cual, y para evitar los peligros de una hemorragia en el acto operatorio, aplazamos éste hasta que estuviera atrofiada la circulación de los anejos fetales.

El 21 de Noviembre practicamos la laparotomía, extrayendo una hermosa niña, muy desarrollada, de todo tiempo y aun algunos días más, sin el menor signo de maceración, y cuya posición dentro del saco era la indicada en el reconocimiento. Pudimos desprender, sin hemorragia importante, la placenta adherida al fondo y lado izquierdo del saco fetal, y resecamos parte de éste, marsupializando el resto, que, como formado á expensas del ligamento ancho izquierdo, era inextirpable. La operada, que tuvo una convalecencia prolongada, como era de esperar, salió curada del hospital el 20 de Enero de 1893.

Como se deduce de las observaciones anteriores, cualquiera de las tres soluciones del embarazo primitivamente tubárico (aborto tubárico, rotura primaria con embarazo abdominal consecutivo, y rotura con embarazo subperitoneal) tiene síntomas característicos y bien perceptibles para llamar la atención del médico y de la interesada.

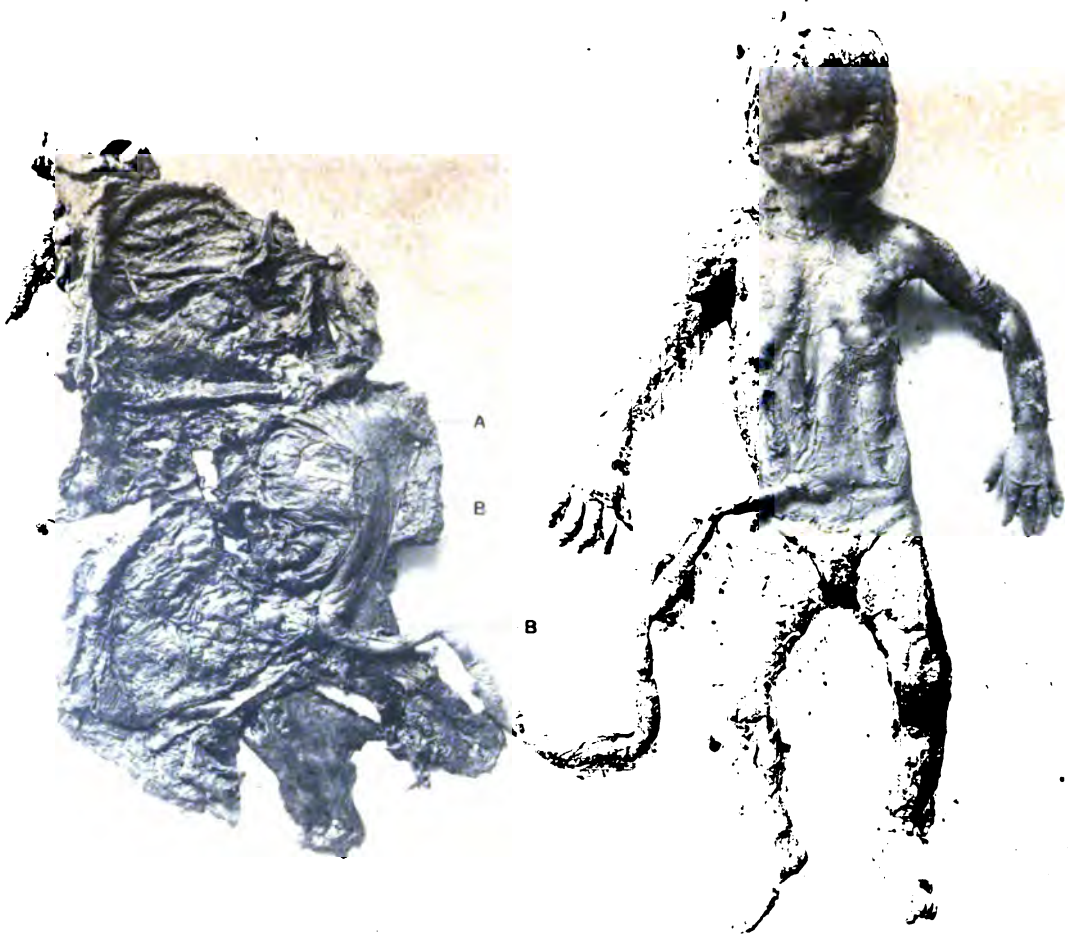
En la enferma que motiva este trabajo, no sólo no hubo síntoma alguno en los cuatro primeros meses que hiciera sospechar el aborto tubárico, ni menos la rotura de la trompa, sino que la misma ausencia de todo trastorno hacía que el curso de este embarazo se asemejase en un todo al de la gestación normal ó uterina, llegando de igual modo al final del noveno mes.

La situación y relaciones del quiste fetal también confirman la creencia de que no pudo desarrollarse el óvulo desde un principio más que en el repliegue peritoneal infundíbulo-pelviano, pues de haber sido primitivamente tubárico, aunque en la fimbria tubo-ovárica, sus relaciones con los anejos uterinos del lado derecho y con el ligamento ancho hubieran sido evidentes; y ya pudimos ver



CALIFORNIA

UNIV. OF
CALIFORNIA



Fototipia de Hauser y Menet.-Madrid

A.—Trozo de epiplon hipertrofiado que recubre y está adherido al quiste.

B.—Placenta con inserción marginal del cordón que corresponde á la parte mayor de epiplon adherido.

UNIV. OF
CALIFORNIA

A.—Trozo de epiplón hipertrofiado que recubre y está adherido al quiste.

B.—Placenta con inserción marginal del cordón que corresponde á la parte mayor de epiplón adherido.

Univ. of California

Canada Post Corp.

LÁMINA III

EXPLICACIÓN DE LAS FIGURAS

Fig. I.—Corte del pedículo en su porción central.

» II.—Corte del pedículo en su parte periférica: *A*. Zona atravesada por un sinnúmero de vasos. *B*. Tejido celular subperitoneal.

» III.—Corte en el punto de unión de la placenta con la bolsa quística: *A*. Placenta.—*B*. Infiltración microcelular, de tipo conjuntivo, de la cápsula.—*C*. Línea de unión de la placenta con *D*. Cápsula del quiste fetal.—*E*. Rotura del tejido conjuntivo.

» IV.—Corte de conjunto de la placenta.

V.—*A*. Sangre contenida en dos senos placentarios.—*B*. Vellosidad.—*C*. Crampón.—*D*. Tabique interplacentario.—*E*. Vaso central de una vellosidad.

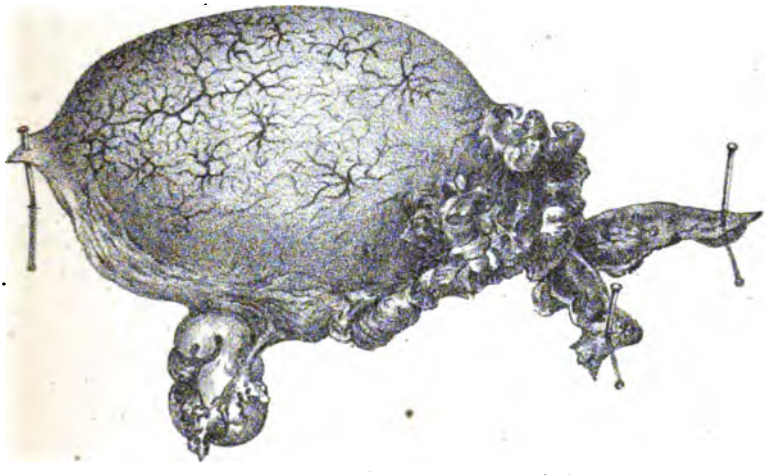


FIGURA 1ª

UNIV. OF CALIFORNIA

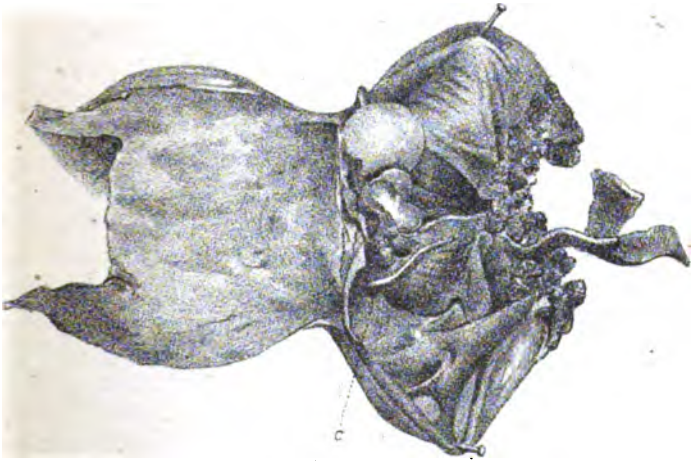


FIGURA 2ª

todos en el acto operatorio, y se demuestra en la lámina I, reproducción exacta de la realidad, que no había la menor adherencia entre el saco y el aparato genital interno, viniendo este hecho á comprobar la doctrina de Zmigrodzky (1), quien combate la idea de que el embarazo abdominal debe ser siempre secundario, é indica dos signos característicos del primitivo: la integridad de la trompa y la falta de conexiones de la placenta con este órgano.

¿Cómo pudo ocurrir esta gestación?

Para explicarnos el hecho, preciso será dejar sentado:

1.° Que el encuentro del óvulo con el espermatozoide no siempre ha de tener lugar en la trompa; sino que, dada la vitalidad del segundo, se le ha visto nadando en el fluido peritoneal sobre el ovario (observaciones de Bischof), y puede por lo mismo fecundar al óvulo en el mismo folículo.

Así se explican los casos de embarazo ovárico, bien comprobados clínica é histológicamente, entre los cuales son los más notables los referidos por Mlle. Cathérine von Tussenbroeck y por Mendés de Leon.

2.° Que no es improbable, dada esta fecundación, el que por un movimiento brusco ó por otra causa puramente accidental de trastorno estático entre trompa y ovario, no recoja el pabellón de la trompa el óvulo fecundado y éste se deslice por el peritoneo, deteniéndose en cualquiera de sus pliegues; bastando para esta migración la corriente del líquido que en estado normal recubre la susuperficie de la serosa. Una prueba de esta migración ovular la tenemos en los casos, bastante numerosos, de embarazo tubárico, en los que faltando el ovario de un lado, y conservando su integridad la trompa correspondiente, ha venido á implantarse en ella el óvulo fecundado en el ovario opuesto, verificando lo que se llama *migración externa* ó *intraperitoneal*. ¿Será también favorecida esta migración porque, como sucede en los batracios, el epitelio plano peritoneal se transforme en cilíndrico vibrátil para estos fines? Hasta la fecha no se han verificado estudios sobre el peritoneo humano que lo confirmen.

3.° Que, dados los modernos estudios de ontogenia, en cuanto se refieren á los primeros estadios del huevo humano fecundado, es lícito suponer que éste lleva en sí mismo los elementos necesarios para asegurarse la vida, bastándole ponerse en relación con el sistema circulatorio materno.

En efecto: realizada la fusión entre el pronúcleo macho (cabeza del espermatozoario) y el pronúcleo hembra (resto de la vesícula

---

(1) Zmigrodzky: *Etude sur la grossesse extra-utérine*, San Petersburgo, 1886.

germinativa después de la eliminación de los glóbulos polares), ocurre en el óvulo así fecundado una segmentación que da por resultado la formación de una cubierta ó envuelta celular, reforzada por una capa celular continua, que ocupa el puesto de la zona pelúcida ya desaparecida. Las esferas de segmentación dan, pues, origen á la *vesícula blastodérmica*; y el engrosamiento de ésta en un punto de su pared, bajo la forma de disco, representa el primer rudimento del embrión.

Estos fenómenos se suceden durante la migración del huevo, presentando la cubierta celular al mismo tiempo, por multiplicación rápida de sus elementos, pequeñas columnas celulares de forma cilíndrica imperfecta, que son como los rudimentos de las vellosidades ó *corion primario;* columnas ó vellosidades que tienen el poder de fijación, lo mismo en la mucosa uterina que en otro tejido que les ofrezca medios de vida.

¿Qué de extraño tiene, por lo tanto, que en nuestro caso, al caer el óvulo fecundado desde el ovario al repliegue peritoneal infundibulo-pelviano, y desarrollándose durante su migración los fenómenos indicados, se fijase en un repliegue; y en vez de ser reabsorbido por el peritoneo, provocase en el punto de implantación un proceso irritativo con aflujo vascular, formación de membranas y capilares, encontrando en estos elementos la nutrición necesaria para seguir su evolución? Y si á medida que fué creciendo, los fenómenos descritos adquirieron los caracteres de un proceso inflamatorio en la vecindad, como ocurre de ordinario, las falsas membranas fueron aumentando hasta constituir una envuelta ó verdadero saco; cuyas paredes, compuestas de tejido conjuntivo nuevamente formado, se adhirieron al epiplon, al colon ascendente y al peritoneo parietal, llegando á tener el espesor considerable que hemos descrito en nuestro caso, y que á veces iguala al del útero en gestación. Basta echar una ojeada sobre las preparaciones del tejido del pedículo y de la parte de cubierta á que estaba soldado el epiplon, para apreciar la riqueza vascular que nutría al quiste fetal.

He dicho quiste, y á ningún otro tumor se puede dar con más propiedad este nombre; puesto que, aislado en absoluto de órganos en que pudiera tener su origen, y compuesto de una cubierta y un contenido sólido y líquido, vivió como parásito dentro de la cavidad abdominal merced á una heterotopia: á la manera de algunos tumores ováricos que, á consecuencia de la torsión y de la estrangulación de su pedículo, se hacen libres en la cavidad peritoneal y se desarrollan perfectamente á expensas del epiplon ó del colon ascendente, como algunos operados por Lawson Tait.

Con esto creemos suficientemente demostrada la posibilidad del *embarazo extrauterino primitivamente abdominal*, aunque no era

necesario en nuestra observación, por tener los hechos más fuerza que las ideas.

Á muchas consideraciones se presta este interesante caso, aparte de las que se refieren al desarrollo del huevo.

La aparición de la albuminuria y de la eclampsia en el período en que de ordinario se presenta en el embarazo normal, y cuando por virtud de la situación y condiciones del quiste fetal no podía hallarse entorpecida la circulación del riñón, constituye un hecho muy curioso y digno de que en él nos fijemos.

La doctrina de la Escuela de Florencia, basada en los estudios de Galeoti sobre la acción de los núcleo-proteidos, podría explicar el hecho. Las investigaciones de Ascoli y de Acconci, aislando de la placenta una sustancia que, inyectada á los animales, determinaba en ellos lesiones anatómicas semejantes á las de la eclampsia, llevaron la patogenia de esta complicación del embarazo por otros derroteros que los conocidos hasta entonces. El estudio de los sueros citolíticos y hemolíticos, iniciado por Ehrlich y Morgenroth, condujo á Veit á una nueva teoría, basada en el fácil transporte, bien demostrado, de los elementos sinciciales de las vellosidades desde las lagunas placentarias al torrente circulatorio, en cuyo líquido se disuelven, pudiendo dar origen á una citotoxina productora de la albuminuria, y haciendo entrever la posibilidad de obtener un suero inmunizante de acción terapéutica. De sus experimentos, como de los de Weichardt (quien, inyectando tejido placentario humano, obtuvo en los conejos un suero sinciciolítico que, puesto en contacto con sincicios frescos de placenta humana é inyectado á los animales, produjo en algunos la muerte no inmediata con fenómenos eclámpsicos), parece deducirse: que los elementos del sincicio ó sus productos, vertiéndose en el torrente circulatorio materno, producen una toxina que, en condiciones normales, es neutralizada por una antitoxina; y si la producción de esta toxina es exagerada ó disminuye la reacción antitóxica del organismo, se determinan los fenómenos de intoxicación.

Aunque la crítica ha aprovechado los resultados negativos de otros experimentadores para quitar valor á esta teoría sobre la patogenia de la albuminuria y de la eclampsia en la mujer embarazada, Acconci aporta últimamente nuevos datos que, sin negarla, la modifican. Practicando inyecciones subdurales con suero hétero-sinciciolítico en cavias preñadas, ha determinado imponentes fenómenos convulsivos y la muerte rápida de los animales; en cambio, con las inyecciones del suero isosinciciolítico, estos fenómenos fueron menos marcados. De sus investigaciones sobre el núcleo-proteido de la placenta humana, que ha estudiado tanto en su aspecto químico como en el biológico, deduce:

Que del extracto acuoso placentario se precipita una sustancia en cantidad bastante elevada (25 á 30 gramos al estado de pulpa), la cual da todas las reacciones propias de las sustancias albuminoídeas, y las especiales que se han considerado como características de los núcleo-proteidos.

Que la solución del núcleo-proteido, inyectada en los animales, ejerce una acción tóxica evidente, que se manifiesta constantemente por lesiones graves del riñón y del hígado y por alteraciones de la crasis sanguínea con tendencia á las hemorragias difusas.

Haciendo aplicación de estos estudios á la interpretación de los fenómenos tóxicos que concurren en la eclampsia puerperal, es posible explicar de qué modo los elementos celulares de origen placentario, penetrando en la sangre, pueden tener una especial acción tóxica en el organismo materno.

Y como el *sincicio* se encuentra en todas las producciones placentarias, lo mismo del embarazo normal que del embarazo ectópico, cualquiera que sea su asiento, como lo demuestran los casos de embarazo ovárico referidos por Mlle. von Tussenbroeck y por M. Auvry, y el abdominal primitivo que sirve de asunto á este trabajo, en la doctrina expuesta parece natural buscar la explicación de la albuminuria y de la eclampsia que pusieron en peligro la vida de nuestra enferma.

Otro punto interesante de su historia es la aparición de los dolores de parto, no siendo uterino su embarazo.

Sabemos que en distintos puntos de la médula espinal existen centros motores del útero, así como en este órgano hay células ganglionares automotrices, pudiendo en virtud de ellas contraerse el útero cuando se ha extraído del cuerpo del animal ó cuando se destruye su centro motor espinal.

Los estudios de Acconci y de Chidichimo han puesto en claro que el cerebro, el cerebelo y el bulbo no tienen ninguna influencia sobre los movimientos del útero; y en cambio, la excitación de la dura madre, sea cerebral, sea espinal, provoca enérgicas contracciones uterinas. Conocemos la acción excitomotora que tienen sobre el útero algunas sustancias á dosis terapéutica (quinina, estricnina, cafeína y antipirina), y la tetanizante de otras (cornutina y ergotinina Tanret). Y por último, la reacción funcional que se establece entre el útero y los centros motores de un animal, vivo ó muerto: pues si aquéllos están en relación y por medios artificiales se provocan contracciones uterinas, éstas son siempre rítmicas, regulares, típicas, y reproducen el trazado gráfico de la contracción normal y espontánea; al paso que si se ha extraído el útero del vientre del animal, aislándole, por lo tanto, de los centros nerviosos, y se le coloca en una cámara húmeda con temperatura igual á la del orga-

nismo vivo, responderá también á la excitación artificial, pero las contracciones serán atípicas, irregulares, arrítmicas.

Pero, ¿cuál es el estímulo que en el parto normal obra sobre los centros motores espinales, para que á los nueve meses de embarazo se determinen contracciones uterinas? ¿Parte dicho estímulo del feto y sus anejos ó del organismo materno?

Mi malogrado amigo el Dr. Orellano, profesor genial arrebatado prematuramente á la Tocología española, formulaba sobre el particular la hipótesis siguiente: «*Es posible que el parto se presente como consecuencia de una acumulación de energías en los centros nerviosos, que aumente su excitabilidad*». Y para fundamentar su procedimiento para provocar el parto, estableció estas otras: «*Por condiciones que hoy se desconocen, esta excitabilidad se presenta de ordinario á los nueve meses de embarazo. Tal vez pueda manifestarse antes, á consecuencia de estímulos fuertes que actúen sobre los centros nerviosos*».

Estas proposiciones de mi amigo merecen ser tenidas en cuenta; máxime cuando vemos determinarse el parto antes de tiempo, por las altas y sostenidas temperaturas, por las toxemias que siguen á algunas lesiones cardio-pulmonares, por las autointoxicaciones apiréticas, que determinan la eclampsia y las anemias agudas, por las mismas impresiones morales.

En nuestra enferma, fácil es explicar los falsos dolores de parto, dada la autointoxicación gravídica que provocó los ataques de eclampsia. No lo es tanto en otros casos de embarazo ectópico llegados á término sin esta complicación: como el que hemos descrito anteriormente, y que, primitivamente tubárico, se hizo luego subperitoneal ó intraligamentario. Hay que buscar en las modificaciones que sufre todo el organismo de la mujer durante la gestación, la causa de esta excitabilidad de los centros motores y de la presentación del parto, aunque por el momento siga en pie el aforismo de Avicena.

Madrid, Febrero de 1904.

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ORIGINALES

TRABAJO DE DIVULGACIÓN

AVISOS SANITARIOS DEDICADOS Á TODO EL QUE DESCONOZCA LA CIENCIA MÉDICA (1).

POR D. JOSÉ DE LA ROSA Y SÁNCHEZ
Médico titular.

I

De buen grado diera yo algo, que mereciese la pena, por saber despertar interés en mis lectores é inspirarles confianza. Si tal lograra, me tendría por dichoso, seguro de que me lo agradecerían luego, al menos mi recta intención; y no por vanidad ni porque me lo agradezcan, sino por la utilidad que pudiera reportarles este articulejo, llevando á la práctica lo en él aprendido.

Hasta cierto punto, bien pudiera decirse que brilla por su ausencia la originalidad en este escrito; mas ¿es ésta razón suficiente para no darlo á la publicidad? Veámoslo.

¿No es, por lo sabido, hasta trivial, el consejo de la conveniencia de respirar aire libre, prefiriéndole al tabaco quemado, huir de las atmósferas confinadas (casinos, cafés, tabernas, etc.), hacer vida de campo; y, de no ser esto posible, vivir en habitaciones bien ventiladas y soleadas, porque de lo contrario se expone el predispuesto (el que no lo es adquiere la predisposición, no siempre hereditaria) á la tuberculosis, á ser víctima de este azote de la humanidad? ¿No es vulgarísimo, de puro sabido también, que el polvo es el mejor vehículo para la transmisión de los gérmenes, que arrastran en pos de sí los esputos desecados de los tísicos; y que la tisis arruina al individuo, agota la especie, aniquila la raza y esteriliza la existencia? ¿Que los esfuerzos mancomunados pueden reducirla mucho, y quizá á la larga extinguirla? ¿No es una consecuencia de esta verdad lo conveniente que sería suprimir el barrido en seco y el sacudido tal cual viene haciéndose?

---

(1) Para el Concurso de la REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS.—Galardonado con *mención honorífica*.

¿No es preferible invertir en carnes, leche y huevos lo que se gasta en vinos y licores?

¿Hay, por ventura, quien ignore que debemos buscar en la luz del sol y en el reposo las energías perdidas?

Seguramente, han de ser muchos los que califiquen de verdades de sentido común (de cuya expresión se abusa demasiado) las amonestaciones que preceden; á pesar de ello, se ven consignadas constante y periódicamente en las revistas profesionales más acreditadas, sin que merme un ápice el prestigio de sus doctísimos autores. ¿Qué extrañeza ha de producir el que esté lejos de mi ánimo la inmodesta pretensión de decir nada nuevo? Seamos, pues, predicadores incansables, imitando el ejemplo de los sacerdotes (sacerdocio es al fin y al cabo nuestra penosa profesión), prescindiendo de los reparos que pudieran oponernos, tildándonos de faltos de originalidad, y cumplamos nuestra misión.

Abrigo la convicción de que, no obstante no ser enteramente nuevo lo que he de consignar, ni lo que acabo de decir, ha de sorprender á muchos; mas para que no se nos eche el sambenito de presuntuosos (de nadie se despega tanto la jactancia como de los médicos, á quienes nunca faltan problemas que nos tienen constantemente humillados), he de apresurarme á manifestar que la sorpresa no ha de ser debida á ningún descubrimiento llevado á cabo por el que suscribe; mi papel es más modesto, pues me he limitado á recoger impresiones de los grandes maestros y aplicarlas á la piedra de toque de la experimentación y de la clínica. Esta, sin aquélla, es incompleta: del laboratorio, siquiera sea humilde, no debe prescindir quien ejerza con *amore* nuestro delicado ministerio. Sea propio ó ajeno, del Municipio ó particular (lo cual es indiferente), al laboratorio debe acudirse siempre: en los casos dudosos, para esclarecer el diagnóstico; en los al parecer ciertos, para tener la satisfacción y tranquilidad de verlo confirmado. Sobradamente sé que no faltarán obstruccionistas; pero la razón tropieza á cada paso con la rémora de la rutina, y la ciencia la encuentra siempre en su avance. Afortunadamente, éstos, que son un baldón de ignominia, escasean; mas, desgraciadamente, existen.

Casos clínicos.—No quisiera molestar demasiado la atención del lector que haya tenido la benevolencia de seguirme, y al efecto voy á concretarme al relato en síntesis de hechos por mí observados en el Instituto del Dr. Llorente y en el de Alfonso XIII; no sin advertir que las conclusiones desprendidas de la siguiente casuística son aplicables á las restantes afecciones bacterianas (tifoídeas, pulmonías, puerperales, tuberculosis, carbuncosis, gástricas (?), tétanos, cólera, etc.) y aun al paludismo, triquinosis, etc.

I. Observé niños en quienes se descubrió el bacilo de la difteria,

no obstante tener poca ó ninguna fiebre, completamente limpia la garganta, buen aspecto general y hasta con semblante risueño: cuadro que, al parecer, alejaba toda sospecha de esta infección; sólo ronquera, que los interesados denominaban *carrasperilla* (y ni esto siquiera á veces), con cuyo término significaban claramente la escasa importancia que concedían al síntoma, era lo único que aquejaban, atribuyéndolo la familia, y hasta el médico de cabecera, á la acción del frío simplemente. Claro es que casi todas las madres consintieron en que á sus hijos se les inyectara el suero: la ocasión no podía ser más propicia, y ni una sola vió defraudadas sus esperanzas, fundadas en la confianza que les inspiró el médico de la Real familia; mas algunas de las otras, que desoyeron sus consejos, acudieron con sus hijos en pleno período asfíctico, en busca del único recurso, heroico, supremo, pero no siempre seguido de buen éxito: ¡la intubación laríngea!, en la que es maestro peritísimo el aludido Dr. Llorenté, á quien se deben las primeras conferencias sobre la difteria en España.

II. Por el contrario, vi otra serie de criaturas con síntomas alarmantes (fiebre alta, afonía, garganta materialmente cubierta de falsas membranas al parecer diftéricas), á cuyas angustiadas madres tuvimos la satisfacción de devolver su perdida tranquilidad, después de hecha la preparación directa, y más tarde la procedente del cultivo, que resultaron, afortunadamente, negativas.

III. Por último, conservo una fotografía de una falsa membrana diftérica, desprendida de la garganta de una pobre mujer de cuarenta y tres años, que murió por haber acudido tardíamente.

Consecuencias legítimas de cuanto precede será:

1.° Que el diagnóstico de las enfermedades es el fundamento de su terapéutica: sólo así pueden debidamente tratarse todas, y curarse algunas.

2.° Casi todas las febriles son microbianas, y aun sin fiebre pueden éstas existir. El microscopio puede evidenciarlas precozmente.

3.° La probabilidad de curarse toda clase de enfermos, y muy en especial éstos, está en razón directa de la precocidad con que hayan sido diagnosticados.

4.° Conviene advertir respecto á las enfermedades infecciosas, limitándonos á las más frecuentes y temibles, que sólo la tuberculosis ocasiona más de 54.000 (1) víctimas anuales en España; como la viruela y las fiebres tíficas, son evitables, y todos tenemos el deber de contribuir á su extinción. Ni se está fatalmente predispuesto á la tuberculosis, ni ésta es siempre incurable: sépanlo los pusiláni-

(1) Dr. Rodríguez Méndez.

mes y aprensivos; pero tengan muy presente los no previsores que, descuidadas al principio las enfermedades, puede pasar la oportunidad y convertirse en organismos desvencijados los que hubieran, en caso contrario, tenido fácil curación.

Cualquiera que sea la afección aguda de garganta que padezcáis, sobre todo vuestros hijos, no consintáis que se haga uso de tópicos de ninguna clase: nada de toques con pincel ni sin él; si el caso es de difteria pura, con tal procedimiento se maligniza; y si es difteria asociadá, microbiológicamente hablando, pasa á serlo clínicamente; la situación del enfermo empeora y el suero es inservible.

Júzguese de la trascendencia de la anterior afirmación, que siendo del Dr. Llorente hago mía por lo completamente identificado que estoy con su manera de pensar; ¿y cómo no he de estarlo, si él mismo me ha presentado casos clínicos que lo confirman, y ha entrado por mis sentidos el convencimiento? ¿Cómo no ha de ser éste íntimo?

En el último Congreso de Higiene, entre cuyos congresistas figuraban Behring y Löffler, sostuvo el Dr. Llorente el tema de que «la mayor parte de las asociaciones que en la difteria se presentan (y que hacen inservible el suero) son efecto de los tratamientos tópicos pretenciosos, que produciendo muy tenues excoriaciones, microscópicas, en la mucosa, favorecían el paso de gérmenes á los vasos sanguíneos, acompañando al bacilo diftérico estrepto y estafilococos; lo cual no sucedería en tanto no existiera una mano imprudente que les facilite la entrada en el espesor de los tejidos, invadiendo bien pronto el torrente circulatorio».

M. Chantemesse dijo: que siendo semejantes tópicos tan evidentemente perjudiciales, esperaba que el Congreso consignase por votación lo inconveniente de tales procedimientos, tanto en los procesos diftéricos, como en los que se le asemejan, siendo la proposición aprobada por unanimidad; consignóse además en las actas levantadas al efecto que los procedimientos mencionados difunden el germen y dan lugar á contagios mucho más frecuentes.

Al mismo Dr. Llorente oí decir más de una vez en su excelente Instituto de Microbiología, adonde acudían centenares de niños que eran sometidos á una detenidísima y escrupulosa investigación clínica y bacteriológica; le oí, repito, que «si se tuviera el verdadero concepto de que el bacilo diftérico vive en la mucosa y en el parénquima de las amígdalas, á cuyas sinuosas oquedades no llegan los tópicos, y que los gérmenes que viven en la falsa membrana (improvisada en defensa del organismo), que de este modo los retiene y aprisiona, y en cierto modo los secuestra, imposibilitando su entrada en la circulación, seguramente no se habría insistido tanto en ese legrado ó arrancamiento de la falsa membrana». Por si esto

fuera poco, añadiremos que ni la mucosa sobre que se implanta está íntegra, como lo prueban los mismos exudados, ni el bacilo está anidado exclusivamente en esas falsas membranas, sino también en la mucosa herida á su presencia: lo que acontece es que, por la ley general de la regeneración de los tejidos, la mucosa, cuyas células y leucocitos han contribuído á la formación de esa falsa membrana, se regenera con rapidez extrema, como corresponde á órganos de tanta vascularidad.

Es posible que se piense que, en caso de duda, deberá emplearse el suero: error que me apresuro á combatir. Ante el microscopio, iluminado por los esplendores de un examen detenido, escrupuloso y perseverante del clínico, no puede haber vacilaciones: no es completamente inocuo el suero, como pudiera creerse; no debe emplearse *por si pega*, como no debe hacerse uso de la quinina en ninguna de sus variadas formas de administración, *por si acaso* es palúdico el afecto de que se trata: en este último supuesto, una sola gota de sangre, examinada al microscopio, es suficiente para desvanecer la más ligera sombra de duda que pueda surgir.

Reclamad los auxilios del médico para toda tos que dure más de ocho días, enviando, en seguida que expectoréis, los esputos al laboratorio, así como las mucosidades de la garganta en cuanto notéis ronquera, y evitaréis que la tisis y la difteria causen tan tremendos estragos, que demuestran palpable ignorancia y un desconocimiento tan absoluto que abochorna: ¡debía sonrojarnos la desidia de las gentes, y... tan frescos!

Hablemos de otra cosa que, aunque tiene muchos puntos de contacto con la anterior (son *mellizas*), no temo resulte pleonásmica. Ya ha dado una pincelada mi ilustrado compañero D. Joaquín Castel. Que yo sepa, el Laboratorio Municipal de Cáceres aún está por inaugurar. Cierto que las falsificaciones y sofisticaciones están á la orden del día; pero ¿qué importa? ¿Qué importa también que sean de incalculable utilidad los análisis químicos de productos patológicos (orina, sangre, pus, jugo gástrico, etc.) en el esclarecimiento de los diagnósticos?

II

De labios de mi insigne maestro Dr. Carracido, catedrático de Química biológica de la Universidad Central, cuya asignatura explica á los médicos, farmacéuticos y licenciados en Ciencias físico-químicas y naturales, que aspiran á la investidura de doctor en sus respectivas profesiones, aprendí que, desde tiempo inmemorial, venía cometiéndose un solemnísimo disparate administrando bicarbonato sódico á los enfermos del estómago. No eché en saco roto la

lección, que deseaba por momentos ver comprobada en mi clínica, auxiliado del laboratorio, el que, aunque modesto y sin pretensiones, procuré instalar; continué mis observaciones, de las que sucintamente daré cuenta (mejor dicho, cuyos resultados, á modo de advertencias razonadas, expondré); vi que en el último Congreso Médico verificado en Madrid hubo un gastropatólogo que profesaba las mismas ideas del Dr. Carracido, basadas en la experimentación, emitiendo un concepto verdaderamente original de la hiperclorhidria; siguiendo la pista á esta clase de estudios, me enteré de los trabajos escrupulosos que respecto á la dispepsia de quimismo alternante está llevando á cabo el ilustre catedrático de la Escuela de Medicina de Zaragoza, doctor Royo, que he tenido la satisfacción de ver corroborados, y he aquí mis conclusiones:

1.ª No siempre las vulgarmente llamadas *acedías* lo son en realidad, pues, practicado el análisis del contenido gástrico, resulta no hallarse en exceso el ácido clorhídrico. Obtenida la curación de estos falsos hiperclorhídricos por los medios apropiados, las acedías, ardores, etc., han desaparecido, y el tanto por ciento de ácido clorhídrico de su jugo gástrico es enteramente el mismo que antes.

Consecuencia práctica importantísima es que, si tratan la sensación de hiperacidez (agrios, etc.) que experimentan con el bicarbonato sódico ú otro alcalino, como es corriente (raro es el dispéptico de esta clase que no lleva consigo constantemente la cajita azul del ya famoso Torres Muñoz, que asegura expenderlo químicamente puro), se expone á perjudicarse notablemente, pues no siendo debida la sobreacidez al clorhídrico, éste, que se halla en proporción normal, se neutralizará en todo ó en parte, dificultando el quimismo gástrico, por haber disminuído aquél sin necesidad, y resultan dos enfermedades por tratar indebidamente una: antes se padecía sobreacidez (hiperclorhidria falsa, caso supuesto en esta advertencia) y por usar alcalinos tenemos después la misma sensación desagradable y mayor dificultad digestiva.

Es evidente que sólo el análisis del contenido estomacal puede darnos la seguridad que se precisa para curar á estos enfermos. Claro es que si obedece la hiperacidez al acético, butírico ó láctico, el tratamiento será diametralmente opuesto á cuando se deba á sobreexcitabilidad de los filamentos encargados de inervar la víscera que nos ocupa; y muy otro si, en vez de ser hiperclorhidria falsa, lo fuera real y efectiva.

2.ª Si la sensación de acidez, de ardor, etc., depende del exceso de ácido clorhídrico contenido en el jugo gástrico (hiperclorhidria verdadera), lo cual nos lo revelará el análisis químico, tampoco es racional el uso, y mucho menos el abuso, de alcalinos (bicarbonato sódico, etc.), pues la química biológica nos enseña que la sobrealca-

linidad de la sangre aumenta la producción del ácido clorhídrico en las glándulas encargadas de la secreción del jugo gástrico. Bastan ligeras nociones de química general para darse cuenta de lo que ocurre. No hay más modo de explicar su formación en el jugo gástrico que admitir la descomposición del cloruro sódico por el ácido carbónico, que se encuentra siempre en la sangre en cantidad considerable, principalmente en la venosa:

$$CO^2 + 2ClNa + H^2O = CO^3Na^2 + 2HCl.$$

Esto, que es lógico, como acabamos de ver teóricamente, en el terreno experimental lo vemos también comprobado hasta la saciedad.

Que esto no constituye una ideal deducción teórica, lo prueba el que el laboratorio pone ante la vista, con la abrumadora elocuencia de las cifras, que en los hipopépticos (insuficiente acidez gástrica) el quimismo gástrico se mejora por acrecentamiento del ácido clorhídrico bajo la influencia de pequeñas cantidades de bicarbonato sódico, administrado en la media hora que antecede á las comidas.

El cloruro sódico en que se transforma el bicarbonato en el estómago se absorbe, y devuelto por la circulación al punto de partida, se disocia allí de nuevo; el cloro recupera sus afinidades de predilección y se combina con el hidrógeno, recobrando también las suyas el sodio, uniéndose el oxígeno.

Hay, pues, que buscar otros saturadores que, siendo insolubles en el agua y atacables por los ácidos, no rebasen el objeto de su destino, y, por consiguiente, no sobreestimulen como el bicarbonato de sosa el trabajo de las glándulas acidíparas. El uso de este agente entraña peligros indudables, que exigen presida á su prescripción mesurado raciocinio, estando como está comprobada rigurosamente su acción excitadora: «es leña arrojada sobre el fuego», á pesar de lo cual no lo excluímos del arsenal terapéutico de la hiperclorhidria, pero nos creemos obligados á adoptar una táctica que tenga ya determinada la preferencia del momento de ingestión, dosis y duración de la medicación, condiciones á ninguna de las cuales puede darse cumplimiento con el empleo sistemático del bicarbonato sódico. Respecto á estos últimos factores (dosis y tiempo que ha de durar el tratamiento), nada más elocuente que los novísimos estudios autoexperimentales llevados á término por Joulie, quien dice: «el uso sostenido del bicarbonato sódico á altas dosis, no sólo no se opone á la consunción que vendrá á terminar la desdichada existencia del dispéptico así tratado, sino que apresurará su marcha».

El primer factor nos obliga á admitir una importantísima distinción, según las fases del curso de cada digestión. El bicarbonato sódico desarrolla un efecto inmediato y otro lejano (que persiste

después de la cesación de un tratamiento más ó menos largo). En el efecto inmediato se aprecian una acción química y otra fisiológica, precediendo aquélla á ésta: aquélla se produce repentinamente sin participación de la mucosa, alcalinizando total ó parcialmente el contenido gástrico durante un espacio de tiempo tanto más dilatado cuanto más considerable haya sido la cantidad de sal ingerida (los hechos acontecen cual si el estómago fuera una retorta ó tubo de ensayo); la fisiológica consiste siempre en una excitación de las células glandulares, que segregan una cantidad exagerada de ácido clorhídrico. La primera de ambas acciones oculta á la segunda, pues el ácido segregado es saturado conforme y á medida de su producción.

Llegará, pues, un momento en que se iniciará un nuevo período: la acidez clorhídrica del quimo irá reconquistándose hasta sobrepasar la proporción preexistente; de no ser así, por ser crecidísima la cantidad de bicarbonato ingerida, se paralizará la actividad secretora de la víscera por el esfuerzo exagerado á que se le ha sometido, sobreviniendo la hipopepsia. ¿Por qué? Porque separándose de lo normal el que sea alcalino el jugo gástrico, la mucosa lucha contra esta alcalinidad activando enérgicamente la secreción clorhídrica; y siendo considerable la cantidad de bicarbonato sódico, ó incesantemente renovada, el poder secretor de la glándula gástrica concluirá por aniquilarse.

No niego que los experimentadores han obtenido datos contradictorios, que eminentes gastrólogos han sacado conclusiones distintas y aun opuestas; pero, sólo tienen derecho á que sea respetada su opinión los que en el curso de un mismo proceso digestivo han practicado análisis múltiples, pues como las condiciones de momento de la evolución digestiva varían, de aquí el origen de la discrepancia de los investigadores.

Apelando ahora á otra clase de hechos más al alcance de todos, podemos añadir:

El que empieza tomando cortísimas cantidades, teniendo para un mes de tratamiento con 100 gramos, ¿no va aumentando paulatinamente la dosis hasta el extremo de no poder pasarse sin él ni un solo día ni una sola hora, consumiendo una enormidad de esta sustancia? ¿Ocurriría esto si hubiera disminuído el ácido clorhídrico?

No es, pues, ni lógico ni práctico este procedimiento.

¿Quiere esto decir que nos veamos privados en absoluto del arma indudablemente poderosa (en ciertos y determinados casos) que la medicación alcalina nos suministra? De ninguna manera. Cierto que he indicado que el procedimiento es absurdo, y como tal pésimo; pero, ¿no podemos valernos de otro distinto que haga variar esencialmente el resultado, no obstante ser idéntica la medicación,

aparte de que no es la única de que podemos echar mano? Indudablemente que sí: hasta el extremo de que no sólo podemos llegar á la completa neutralización del ácido clorhídrico libre sobrante, sino que hasta puede sobrevenir la hipoclorhidria y aun la anaclorhidria (disminución y desaparición del normal), «si se sobrepasa la línea terapéutica»; y tan exacta es mi afirmación, que poseo pruebas irrecusables en algunas notas clínicas, que me autorizan para pensar y expresarme así. El *busilis*, pues, está en la forma de administración; averiguada la cosa nada tiene de particular, y sólo resta investigar dónde está la línea terapéutica para no rebasarla, para no exponernos á ir desde la cúspide al abismo; evitemos que tras la hiperclorhidria venga la carencia del ácido indispensable para una perfecta digestión, pues la anaclorhidria es peor aún que aquélla.

Este fenómeno, «dispepsia de quimismo alternante», será objeto de la advertencia que va á continuación:

3.ª ¿A qué obedece este singularísimo fenómeno?

Es curioso, pero no inexplicable.

Basta tener presente que «en todos los casos en que acontece no se ha suspendido oportunamente el uso del bicarbonato», aun suponiendo acierto en el procedimiento cuya importancia hemos consignado.

¿Cómo sabremos si ha llegado ó no este momento oportuno? Unica y exclusivamente el análisis del jugo gástrico puede decírnoslo. He aquí por qué deben practicarse estos análisis de vez en cuando, siquiera con relativa frecuencia; no como es costumbre, que si acaso, y en el supuesto de ser el enfermo de posición desahogada, consulta con algún especialista una, dos ó tres veces en la vida, y ya se da por satisfecho. Nada más absurdo ni de más deplorables consecuencias que esta conducta. Cierto es que los especialistas gastropatólogos tienen casi monopolizado el uso de los reactivos; en ello tienen grandísimo interés. ¿Cómo no, si en los análisis estriba el fundamento de sus diagnósticos? Lavemos también nosotros los estómagos que padecen; analicemos su contenido, para lo cual no se requiere el título de especialista; convenzamos á nuestros enfermos de la necesidad absoluta, más que de la conveniencia, de este procedimiento clínico-terapéutico.

¿No se observa la lengua, se toma el pulso y se aplica el termómetro mañana y tarde, todos los días, á los febricitantes?

¿No se ausculta el pecho, frecuentemente, á los enfermos del corazón ó de los pulmones?

¿No se reconoce, más ó menos frecuentemente también, la orina de los diabéticos, cualquiera que sea su clase? Es, pues, por lo menos un contrasentido, una verdadera inconsecuencia, no proceder de igual modo en las enfermedades del tubo digestivo.

¿Por qué los éxitos alcanzados por los especialistas no son tantos como pudiera y debiera esperarse?

Por la falta de cumplimiento de la advertencia indicada. De ello es prueba elocuentísima la cita que hizo en *La Clínica Moderna* el Dr. Royo Villanova, quien merced al análisis repetido del jugo gástrico de dos enfermos tratados infructuosamente por dos eminencias en gastro-patología (Dres. Moreno Zancudo y Hayen), fueron radicalmente curados por él.

Evidenciada la utilidad de estos trabajos, que no por ser de laboratorio dejan de ser esencialmente clínicos, creo no deben encomendarse á los especialistas de un modo exclusivo, sino que es hasta de conciencia el realizarlos quienes no lo somos.

Sin desconocer el lamentable atraso de la química biológica, casi en estado embrionario en lo que respecta á los trastornos intestinales (sobre todo comparado con los rápidos progresos referentes á los del estómago), no carecen en absoluto de importancia los conocimientos por ella suministrados.

Pobre en caudal científico, y de poco dilatada práctica, ya cuento algunos casos de trastornos intestinales que habían pasado á la categoría de incurables, dada su cronicidad; y sin embargo, tratados convenientemente, previa observación detenidísima, y valido de los incalculables servicios que á la terapéutica racional prestan la física y la química (muy en particular la biológica), hemos obtenido el completo restablecimiento de los pacientes.

Creemos deber consignar que uno de éstos, capitalista y negociante, natural y vecino de Cañaveral, había desistido de toda medicación, convencido de su ineficacia, pues tanto los específicos que con sus seductores reclamos le habían hecho caer en la tentación de ensayar, como las fórmulas de reputados especialistas que había utilizado con constancia mayor de la exigida por los mismos con quienes consultó, todo absolutamente había sido infructuoso por espacio de *más de veinte años*; engendrando en su ánimo tan desconsolador escepticismo, que sin las reiteradas instancias de su amante esposa, seguramente ni se le hubiera ocurrido solicitar mi modestísimo concurso, por dicha de todos feliz en grado extremo.

Á un joven militar, estudiante de Medicina en Madrid, y natural del anteriormente citado Cañaveral, Saturnino Sánchez, puedo sin temor encasillarlo en mi casuística de buenos éxitos en afecciones gastro-intestinales.

Lo mismo pudiera afirmar de D. Fidel Mateos, propietario y natural de Serradilla. Cosa análoga me ha ocurrido en el mismo Brozas, donde resido: un pobre de solemnidad que habita en la calle de Santa Lucía, correspondiente al barrio de los Santos Mártires, venía padeciendo, desde hace cuatro años, de intensas gastralgias que

ponían en peligro su vida; no es viejo, y parecía octogenario por lo muy padecido que estaba, ó imposibilitado desde algún tiempo para dedicarse á sus faenas agrícolas. Justo es consignar que no fué del todo ajeno á la curación del pobre Silvestre Santos (así se llama el hoy rejuvenecido ex-enfermo) el digno presidente de la Hermandad de San Vicente de Paúl, encargado de facilitar la alimentación que requería el delicadísimo estado de Silvestre durante todo el tiempo que duró su enfermedad hasta su completo restablecimiento.

RESUMEN

Cuanto precede puede pasarlo por alto quien tenga poca afición á la lectura, con tal que se fije y procure grabar en su memoria las siguientes lineas, de cuya paternidad no he de envanecerme:

... Si pues el diagnóstico precoz de las enfermedades es el elemento principal de su curación, y ya que la insuficiencia de nuestros medios de diagnosticar nos veda casi siempre sorprender los primeros delineamientos morbosos, y ya que cuando los percibimos, con mucha frecuencia no podemos referirlos á su causa, absolutamente ignorada, hasta después de un período evolutivo del mal, más ó menos largo, quedando forzosamente incierto el diagnóstico durante todo este período, se impone no prolongarla por aferramientos indisculpables á las prácticas de la clínica antigua, ó por olvido ó desdenes vituperables de los medios de diagnóstico que la clínica moderna pone generosa á nuestra disposición.

Son resabios de los tiempos del «ojo clínico» la pretensión risible de diagnosticar nada menos que el período pre-tuberculoso y pre-diftérico, y la no menos ridícula de conocer á ciencia cierta la tuberculosis y la difteria incipientes...

«Los que tienen semejantes pretensiones son clínicos *chirles* de los de tres al perro chico» (1); porque el complemento indispensable del diagnóstico es la demostración bacterioscópica. La clínica moderna es la que comparte el examen y la observación del enfermo con los trabajos indagadores del laboratorio... es la clínica de los datos ciertos, indiscutibles, que le sustraen á toda opinión... es la clínica de las confesiones espontáneas de lo incierto y de lo ignorado.

No creo, pues, necesario insistir más, ya que, por fortuna, pasaron los tiempos del «ojo clínico»; aunque todavía se haga valer entre las comadres, para aquistarse clientela, por desgraciados que nada tienen que ver con esta institución médica, sabia y progresiva, llamada á la redención de las sociedades por la higiene y por la tera-

(1) Sánchez Herrero, Catedrático de San Carlos, Madrid.

péutica; á la cual institución se pertenece, no por el título solamente, ni por el visiteo, sino por la manera de llevar el título y de practicar la clínica.

***

Creo importante también manifestar que en la sesión de 9 de Mayo, verificada en la Sociedad Pediátrica (enfermedades de los niños), de Madrid, se debatieron interesantísimas comunicaciones, cuya divulgación considero de utilidad suma, como asimismo lo juzgaron los que tomaron parte activa en aquella animada y lucida discusión, acordando la publicación de folletos, opúsculos ó cartillas análogas á la presente (que por cierto, que yo sepa, no han llegado á darse á la publicidad).

Se aprobó por unanimidad:

Que ni toda angina con falsas membranas es producida por el bacilo diftérico, ni en toda angina diftérica por éste producida, ya pura, ya asociada, se encuentran siempre, ni en todos los períodos de la enfermedad, exudados característicos; por lo que, no basándose el diagnóstico clínico *nada más* que en probabilidades, *debe hacerse en todos los casos* el examen *microscópico*.

Que siendo este examen bacteriológico el único medio inequívoco que puede aclarar el diagnóstico diftérico, confundido clínicamente con muchas afecciones de las vías aéreas, *el médico* que, dudando, demora dicho examen, *incurre* en *grave responsabilidad* moral.

Últimamente, que el suero antidiftérico *sólo debe inyectarse previo diagnóstico bacteriológico* comprobado, aunque la impresión clínica fuese de probabilidad negativa.

Brozas (Cáceres), Enero de 1904.

DE LA ESCOLIOSIS

Por el Dr. D. Saturnino García y Hurtado

Profesor de osteo-artropatías y ortopedia del Instituto Rubio y de la Beneficencia municipal de Madrid.

INTRODUCCIÓN

Quisiera, lector amigo, que este trabajo no te fuera pesado y que al terminar su lectura tuvieras la satisfacción, por lo menos, de no haber perdido el tiempo.

Grande es el fárrago de lecturas que ordinariamente se ve uno obligado á tolerar para encontrar al fin tan pocas ideas, pudien-

do decirse que el contenido de esos voluminosos libros, que tantas horas cuesta siquiera el hojearlos, se podía expresar en unas cuantas líneas, pareciendo como que el autor, con la difusión, no se ha propuesto más que hacer perder el tiempo y la paciencia al que lo lea, más bien que exponerle de sencillo modo aquello que puede aprovecharle; sucediendo aquí algo muy parecido á lo que hacen nuestros grandes oradores, ó al menos los que nosotros tenemos por grandes, que realmente, como música ó arrullo sus palabras bien pueden tolerarse, mas no como portadoras de saludables ideas.

Y la prueba es bien patente. Cójase uno de esos grandes discursos que producen sensación en el auditorio por el aplomo y el tono enfático y persuasivo con que son pronunciados, y por condiciones especiales de tiempo y lugar; cójase, digo, uno de esos discursos que han entusiasmado al auditorio, y en las soledades de su estudio léase detenidamente, y se verá que, á vuelta de numerosos y campanudos párrafos, las ideas son tan escasas y tan pobres, la enjundia que tiene todo él es tan mezquina, que sufre uno el desencanto de ver aquella forma oratoria, tan vacía de cosa útil y sustanciosa, que sin temor de que la comparación no sea exacta, bien podríamos decir que más que á olla podrida se parece al puchero del licenciado Cabra.

No quiero, lector discreto, que mi trabájo te parezca lo mismo, y por eso te daré masticado y digerido lo que, si piensas un poco, me ha costado antes algún tiempo podértelo dar libre de hueso y en buenas condiciones de asimilación.

Si todavía no llego á la perfección que deseo en el desarrollo de este tema, es decir, si no te doy una exposición escueta de ideas que en pocos renglones pudiera ahorrarte el tiempo que has de emplear en lo que te digo en muchos, culpa á la falta de preparación de todos en esta nueva empresa.

El lenguaje de ideas, que lo conceptúo del porvenir, exige mayor cultura y progreso en nuestros conocimientos.

Al presentar las verdades escuetas y darlas como buenas, no aspiro tampoco á que duren mucho tiempo. Cada verdad de esta clase, que podíamos llamar relativa, suele durar de quince á veinte años, siendo raras las que llegan á treinta; y no conociendo la verdad absoluta, única é invariable, si nos empeñamos en hacer perdurables las otras, necesariamente habremos de nutrirnos de verdades, ya desustanciadas, sin jugo alguno, porque ya lo dieron á su debido tiempo.

Esta, y no otra, es la causa de la discrepancia entre lo viejo y lo nuevo.

Y contando con tu benevolencia y mi buena voluntad, entro en materia.

NATURALEZA Y MODO DE PRODUCCIÓN DE LA ESCOLIOSIS

Entiendo por escoliosis (1) la torcedura lateral de la columna vertebral *con rotación de las vértebras y costillas*.

La columna vertebral, considerada mecánicamente, es un sustentáculo ó conductor de fuerza.

Sostiene y sirve de punto de apoyo en los distintos movimientos, por arriba á la cabeza, lateralmente á las costillas y á los brazos, y por delante á las diferentes vísceras torácicas y abdominales, de una manera directa ó indirecta.

Fisiológicamente, tiene una curva inferior de convexidad anterior ó lumbar, otra media de convexidad posterior ó dorsal, y otra superior de convexidad anterior ó cervical.

Estas curvas diferentes lo son de compensación, necesarias para la estática de la columna, porque siendo el hombre una máquina viva, los movimientos de flexión, rotación, y sobre todo el salto de toda la máquina, tan necesario en las edades primitivas del hombre, no hubiera podido hacerse sin el muelleo que le prestan las diferentes curvas del pie y pierna, pierna y muslo, muslo y tronco, y las distintas de este mismo tronco y cabeza.

Tiene esta columna, como medios de atadura y de sostén: por delante, en los cuerpos de las vértebras, los dos grandes ligamentos comunes vertebrales; lateralmente, las cápsulas y los ligamentos de las caritas articulares de las vértebras y costillas; y posteriormente, los ligamentos amarillos. Como por delante tiene que sostener el respetable peso visceral, el centro de gravedad caería en un punto muy anterior, si la columna no tuviera las curvas de compensación que he dicho, fraguadas por los erectores del tronco, poderosos músculos que mantienen la columna en erección. Así vemos en la paresia de estos erectores, la borradura de las curvas, la panza enorme del enfermo, y la hipertrofia del tramo inferior erector, ó sea de los glúteos, y como consecuencia de esto los gemelos. Esta, y no otra, es la causa de la llamada parálisis pseudo-hipertrófica.

Si la curva posterior se exagera ó se presenta donde fisiológicamente no debe existir, se llama la deformación *cifosis*; si esta curva es anterior, *lordosis*; y si es lateral, *escoliosis*.

La columna vertebral no es un vástago rígido sin movimiento de flexión ni rotación, porque entonces el hombre parecería un polichinela.

Está compuesta de piezas óseas, pequeños cilindros y discos más

(1) Griego, *escolios*: torcedura.

blandos, interpuestos por delante; y apófisis y salientes por los lados y detrás.

No la debemos considerar sólo para el sostén, sino también para el movimiento; y en este concepto, las trayectorias de los cuerpos de las vértebras son verticales en sentido perpendicular, y las de las apófisis van en la misma dirección en que obran los tendones que en ellas se insertan.

Si fuera sólo un vástago ó un sustentáculo que obrara á manera de columna y no tuviera que sostener más que el peso de la cabeza y de los hombros, es decir, de una fuerza que actuara perpendicularmente á su eje, bien podría entonces prescindir de las masas carnosas que la fijan, rodean y sostienen. Pero la columna vertebral no es sólo esto; además del sostén de las partes dichas, se encuentra (siempre que el hombre está en posición vertical) en continuo equilibrio inestable, por el enorme peso de las costillas, corazón, pulmones, hígado, bazo é intestinos: todo lo cual la encorvaría indefectiblemente hacia adelante, si no tuviera la retenida de la poderosa masa erectora del tronco.

Resulta, pues, un conjunto de huesos, articulaciones, cápsulas, ligamentos, lengüetas tendinosas y masas musculares, dispuesto todo y apropiado á sus fines.

Dada esta disposición anatómica, no puedo yo considerar á la columna, cual hace Sanz y otros autores, como un simple vástago flexible, llevando su comparación al extremo de hacer experimentos con cilindros de goma, y deducir de las consecuencias de estos experimentos aplicaciones á la columna vertebral viva. No; la espina no es una columna inorgánica ó de materia orgánica muerta, desprovista de las propiedades vitales de todo tejido que se nutre. La columna se inflama, aumenta de volumen en unos puntos ú otros por compresión; disminuye, tiene temperatura, tiene sensibilidad, tiene movimiento propio, y estas cualidades no podemos por ahora artificialmente producirlas. De ahí es que los resultados experimentales de cuerpos elásticos no tengan una aplicación exacta á la columna viva.

Mas esto no quiere decir que los conocimientos generales de mecánica no sean aplicables á los seres vivos; sólo esto quiere decir que las resultantes parciales en los seres vivos son tan complejas, es decir, hay que tener tantos factores en cuenta para averiguarlas de una manera matemática, que desde el estado eléctrico que se provoca en los tejidos por la acción nerviosa, las calorías desarrolladas en un movimiento muscular, los cambios mecánicos moleculares y las reacciones químicas del contenido de las células en un tejido que se mueve y que se nutre, la determinación ú ordenación de la sustancia orgánica con arreglo á principios desconocidos, probable-

mente á la dirección del movimiento y de la fuerza en unos casos, á la corriente misteriosa de atracción ó repulsión en otros del fluido nérveo, hasta las vibraciones mayores ó menores establecidas á través de los tejidos de materia sutilísima, en un estado que ahora no conocemos; de la reunión de esta materia sutil y desconocida, de propiedades asombrosas, en un punto que nos proporciona el conocimiento de nuestra personalidad, de nuestro *yo*, y la serie de fenómenos tan maravillosos á que da lugar, hay una gama tan enorme de variantes á determinar, que tenemos por ahora que renunciar en absoluto á su conocimiento.

Hemos dicho que la columna no es un vástago rígido ni flexible solamente, sino un vástago vivo, con sus tejidos fibrosos, elásticos y musculares, que atan y sostienen las diferentes piezas de que se compone y que tiene disposiciones para ser un conductor de carga, y á la vez ataduras por la inserción de tendones que conducen fuerza, es decir, la fuerza actuando en el sentido de la gravedad ó actuando en contra de ella para producir los diversos movimientos.

En las escoliosis estáticas hay que estudiar las producidas por la acción de la gravedad, esto es, por el peso de la cabeza, brazos y tronco, y aquellas otras en las que sólo fuerzas musculares y tracciones desiguales determinan la desviación.

La columna está construída fisiológicamente para sustentar el peso del tronco, hombros y cabeza.

Cuando los huesos se reblandecen por causa patológica, este peso mismo, que ordinariamente no determina ningún movimiento en la estática, da por el contrario lugar á la desviación, por falta de resistencia en el material.

Puede también suceder que, siendo fisiológicamente resistente, se cargue sobre los hombros ó cabeza pesos de más ó menos consideración, que produzcan un efecto parecido al anterior, es decir, que se aumente el peso que normalmente puede sostener la columna sin desviarse.

Cuando la columna, considerada como material de sostén, está construída fisiológicamente y no hay aumento del peso que debe sustentar, puede también torcerse por pérdida del equilibrio y desviación de la normal producida por tracciones musculares desiguales.

Como ya sabemos, los músculos sostienen la columna en posición; es, pues, necesario que para que esta posición sea estable, dada la inestabilidad que los movimientos producen, los dichos músculos tengan la suficiente potencia para unir las piezas y ejerzan la misma tracción para que no haya ludidero. El exceso de tracción de unos músculos sobre otros determina la desviación hacia el lado del que tira más.

Tenemos, pues, escoliosis estáticas de carga, cuya acción se ejerce principalmente sobre los cuerpos de las vértebras; y escoliosis estáticas por pérdida del equilibrio normal, dadas las fuerzas desiguales que obran principalmente sobre las apófisis.

A las unas las designaré con el nombre de *escoliosis estáticas de presión*, y á las otras *escoliosis estáticas de tracción*.

Como ejemplo de las primeras tenemos las escoliosis raquíticas, osteomalácicas, de debilidad general, que se traduce por mala nutrición del tejido óseo, las consecutivas á tumoraciones, procesos vertebrales lateralizados, inflamatorios, tuberculosis, gomas, etc., todas las causas que determinan una debilitación con disminución en la resistencia de la columna.

Tenemos un segundo grupo en que la columa es fisiológica y el exceso de carga determina la desviación; tales son las escoliosis de los cargadores, de aquellos que hacen sostener á su columna más peso de aquel que mecánicamente puede soportar.

Las escoliosis que yo llamo de tracción son: la dorsal primitiva derecha por exceso de función del brazo derecho sobre el izquierdo, las paralíticas infantiles de un lado del tronco, las de los dos lados que se hacen de carga, las de retracciones cicatriciales, por afecciones pulmonares y pleuríticas y supuratorias de los músculos, etc., todas las musculares y neurógenas, por su acción éstas sobre los músculos.

Otra forma, que la creo la más importante, y hasta ahora apenas si se le ha dado importancia, es la producida por desigualdad en las extremidades inferiores.

La pelvis se inclina por ejemplo á la izquierda porque es más corta esta pierna: la columna sigue la inclinación de la pelvis, mas el tronco se desviaría demasiado de la vertical y se caería si no tuviera que buscar una curva de compensación, é inclínase á la derecha; aquí sucede lo propio, y para guardar el equilibrio, la columna vuelve otra vez á la izquierda, formando en conjunto una S de compensación necesaria para establecer un equilibrio inestable, pero equilibrio al fin, que mantenga el tronco en una posición vertical.

Para hacerse todas estas curvas de compensación, los músculos necesitan actuar, y de estas tracciones mayores y menores resulta una desigualdad de acción, y la escoliosis podría incluírsela en el grupo de las miógenas ó de tracción.

Otra forma de alteración de la columna es la producida por lesiones radiculares, inflamaciones de las carillas articulares de las vértebras y propagación al agujero de conjunción.

En estos casos la compresión nerviosa produce dolor, y el enfermo para aliviarlo fija la columna, desviándola unas veces hacia el lado inflamatorio; otras, cuando la inflamación es grande, al otro lado.

El mal de Pott determina si se lateraliza, al mismo tiempo que cifosis, escoliosis, por destrucción lateral de la columna á la vez que de los cuerpos.

MOVIMIENTOS DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Vamos á estudiar los movimientos de la columna vertebral.

Después de conocer anatómicamente sus precisas disposiciones, veamos cuáles son estos movimientos:

Flexión.—Doblamiento hacia adelante.

Extensión.—Doblamiento hacia atrás.

Lateralidad.—Movimientos á la derecha ó á la izquierda.

Rotación.—A derecha ó á izquierda.

FLEXIÓN

En el movimiento de flexión ó doblamiento anterior de la columna vertebral, los cuerpos de las vértebras son apretados unos contra otros por la parte anterior, comprimiéndose los discos intervertebrales, sobre todo en los puntos más próximos al ligamento V. C. A., disminuyendo algo de grosor, más ó menos, según la mayor ó menor flexión.

Por la parte posterior, en cambio, estos discos son estirados. Las apófisis espinosas y las láminas sepáranse también, distendiéndose los ligamentos amarillos é interespinosos.

El mecanismo lo he descrito en la *Arquitectura del aparato de sustentación en los vertebrados*, en la parte que se refiere al doblamiento de los conductores con carga, pudiéndose determinar matemáticamente la resistencia del conductor y las presiones en cada sección (1).

Lo que ahora vamos á determinar es si la columna vertebral la consideramos como un simple conductor, y al doblarse hacia adelante hay sólo flexión ó hay también algo de rotación.

Téngase presente y no se olvide nunca que la columna vertebral no es sólo un sencillo conductor por su parte anterior.

Tiene, como adicionada á este conductor, una serie de aros, que son las costillas y que han de modificar necesariamente la flexión. En efecto, por la disposición especial de la caja torácica, en casi todos los sujetos, al doblarse los cuerpos se desvían ligeramente hacia la derecha, pero sólo muy ligeramente.

De todos modos, el movimiento ántero-posterior puro se da muy pocas veces.

---

(1) Véase *Arquitectura del aparato de sustentación en los vertebrados*, pág. 24, por el Autor.

Para comprobar estos movimientos, como los de lateralidad y rotación, me he valido del siguiente medio:

En el aparato que he mandado construir, y que después describiré, fijo los muslos y pelvis del modelo, por medio de fajas de tela (véase la fig. 1.ª), y en la espalda, en los vértices de las apófisis espinosas, fijo unas tiras de cartón negro bastante salientes para que al girar las vértebras y vaciar las apófisis, cambie la dirección de las tiras. Las apófisis, al desviarse á un lado ú otro, llevan consigo

FIG. 1.ª—Modelo: veinte años. Los muslos están fijos al aparato. La columna vertebral está en la mayor verticalidad posible. Fijándose un poco se ve la segunda tira de cartón, comenzando por arriba, ligeramente inclinada á la izquierda. El hombro izquierdo y el omoplato izquierdo están situados un poco más altos que en el lado derecho. Resulta que comienza una escoliosis habitual, de que el modelo no se había dado cuenta. Para los estudios experimentales, esta escoliosis ligerísima no es obstáculo.

y desvían la piel, marcando con bastante exactitud la dirección del cartón la posición que toma la apófisis, y, por consiguiente, la vértebra respectiva. Este fenómeno se observa bien porque la piel de la espalda es tensa y dura y está fija á las partes más profundas por tractus fibrosos de mucha resistencia.

Pues bien: doblando el modelo en sentido de atrás adelante, y lo más en el centro que nos sea posible, vemos girar los cartones ligeramente á la izquierda, lo cual indica que los cuerpos vertebrales van hacia la derecha.

Como esta desviación es ligerísima, la fotografía no da buena idea de ella.

De modo que el movimiento de flexión produce:

a) Acortamiento en la cara anterior de los cuerpos vertebrales.

b) Alargamiento de la posterior y separación de las láminas y apófisis transversas.

c) Rotación ligera de los cuerpos á la derecha.

EXTENSIÓN

En el doblamiento hacia atrás de la columna vertebral, procurando no desviarse á la derecha ó á la izquierda, las apófisis espinosas y láminas se aproximan en algunos casos hasta tocarse máximum de extensión), los discos intervertebrales al nivel del ligamento V. C. P. son fuertemente comprimidos, disminuyendo ligeramente el diámetro vertical, y por la parte anterior se estiran.

Tampoco existe un movimiento puro de extensión, sino que los cuerpos vertebrales se dirigen ligeramente á la izquierda, rodando algo, pero poco.

El modelo así lo demuestra, y los casos de gran lordosis por paresias de los erectores del tronco, en algunos de los cuales apenas si se presenta ligera escoliosis.

Estos movimientos de flexión y extensión, en realidad son fáciles de estudiar.

No sucede lo mismo con los de lateralidad y rotación.

El movimiento, pues, de extensión produce:

a) Acortamiento de la cara posterior de los cuerpos vertebrales.

b) Aproximación de las láminas y apófisis espinosas.

c) Alargamiento de la cara anterior de los cuerpos.

d) Ligera rotación de los cuerpos vertebrales á la izquierda.

LATERALIDAD

Para comprender los movimientos de lateralidad es necesario considerar á la columna vertebral no como un vástago más ó menos flexible y sencillo, sino como un conductor que tiene en su parte anterior, adosados y sujetos á las apófisis transversas y articulares, una serie de aros de diámetro diferente, elásticos, capaces de jugar en sentido vertical y de comprimirse ó dilatarse en sentido transversal. Esto representan las costillas, cartílagos costales y esternón.

Los aros no son aislados, sino que se mueven en conjunto, á la manera como las vértebras no se mueven tampoco aisladamente para ejecutar un movimiento de totalidad de la columna, sino que

cada una contribuye con una pequeña desviación al total movimiento.

La caja torácica se debe considerar, según mi modo de ver, como un cilindro un poco aplanado, lateralmente interrumpido en la parte posterior por un saliente formado por los cuerpos vertebrales. Este cilindro, á partir por delante de la sexta costilla, se estre-

FIG. 2.ª—La caja torácica es un cilindro algo aplanado lateralmente, estrechado por arriba y por abajo, no un cono. Tiene á los lados dos contrapesos, representados por los brazos.

FIG. 3.ª—Comprueba la forma cilíndrica aplanada de la caja y las flexiones normales del raquis.

cha hacia arriba, hasta la primera, y también se estrecha hacia abajo, aun cuando menos, hasta las últimas costillas. (Véase figuras 2.ª y 3.ª)

Las costillas no tienen una dirección horizontal, sino de arriba á abajo y de atrás adelante. Los movimientos de inspiración y espiración (aparte el diafragma) se producen por esta disposición de las costillas, que al subir aumentan la capacidad de la caja y al bajar la disminuyen.

No es, pues, la caja torácica un cono, como se dice ordinariamen-

te, con la base inferior y el vértice superior, sino un cilindro dispuesto de la manera dicha.

Para estos estudios he visto multitud de esqueletos articulados, y me he decidido por hacer las comprobaciones necesarias en uno articulado en la casa Tramond, de París, el cual reproduzco en las figuras 2.ª y 3.ª

No es esto sólo lo que hay que tener en cuenta al estudiar los movimientos de la columna vertebral, sino que además tenemos la clavícula y el omoplato, que forman un ángulo, convergiendo en el acromion, y colgado de este ángulo está el brazo.

En realidad, son dos contrapesos colocados lateralmente sobre la caja torácica, sostenidos por ella, y sobre la cual toman puntos de apoyo, y ésta á su vez se fija en la columna vertebral. En definitiva, pues, quien sostiene los brazos es la columna vertebral.

Este estudio de los brazos, sobre el cual no se han fijado los que hasta ahora han tratado estas materias, tiene para mí una importancia excepcional, porque ellos son la causa de algunas escoliosis.

Dada esta disposición de la columna vertebral con su tórax y brazos, se comprenderá que no la podemos considerar como un sustentáculo ó conductor de fuerza sencillo, sino muy complicado; y por eso para mí no tienen valor y no estoy conforme con los experimentos llevados á cabo por autores alemanes, Sanz, etc., al hacer con modelos de goma y de otras sustancias flexibles estudios experimentales, con aplicación á los movimientos de la columna vertebral.

Todos estos experimentos, tomando vástagos cilíndricos de goma de forma aproximada á la columna vertebral, doblándoles, torciéndoles, etc., etc., no tienen correspondencia en la columna vertebral del hombre, y sus consecuencias son de un valor relativo.

Para comprender bien los movimientos de lateralidad y rotación de la columna, hay que suponer á ésta compuesta de un vástago con una curvatura anterior cervical, otra posterior dorsal y otra anterior lumbar (fig. 3.ª). Al final de la región cervical, el cilindro torácico, apoyado sólo en su parte posterior, y sobre este cilindro los hombros y brazos.

Este zig-zag ántero-posterior de la columna vertebral es fisiológico y necesario para el sostenimiento de las vísceras torácicas y abdominales. Son curvas de compensación. Sirven para mantener el equilibrio. En el salto y la carrera hacen el papel de muelles elásticos.

Hemos visto cómo se producen los movimientos de flexión y extensión de la columna vertebral, y al estudiar ahora los laterales hay que conocer la torsión.

Aquí deberíamos exponer: 1.º, torsión de la espina normal en

las diferentes edades; 2.°, influjo de la mayor ó menor torsión sobre el crecimiento y el desarrollo de la forma; y 3.°, anatomía y movilidad para la torsión de la columna vertebral deformada.

El segundo punto es el menos tratado hasta ahora; algo más, el primero; y el tercero, muy tratado por diferentes autores (Albert de Wiene, Dr. Jacob-Riedingen, Bierbaden, Bergmann, etc., etc.).

Como leyes generales, sè puede decir: que en un conductor elástico continuo ó compuesto de varias piezas acopladas, formando un todo que pueda inclinarse ó doblarse, las experiencias demuestran que siempre que la fuerza actúe en un mismo plano y en una misma dirección por igual, el sustentáculo se encorva, pero no gira ó rueda.

La simetría del sustentáculo debe consistir no solamente en la

FIG. 4.ª—Inclinación lateral á la izquierda. La desviación de las flechas 1.ª, 2.ª, 3.ª, 4.ª y 5.ª demuestra que los cuerpos vertebrales han rodado ligeramente á la derecha, y las apófisis espinosas á la izquierda. No hay flexión lateral pura. Hay flexión izquierda y ligera rotación de los cuerpos á la derecha.

forma, sino en la igualdad de su resistencia mecánica. [Puede también influir la fuerza por uno y otro lado del plano simétrico por igual, y producir en la resistencia elástica del material una inclinación regular, ó ya ser tales las circunstancias que influyan, que produzcan el equilibrio. Cuando no se cumplen estas condiciones, al doblarse se altera la dirección y hay rotación, como puede demostrarse experimentalmente, doblando una cinta elástica y suspendiendo pesos en el centro ó lateralmente.

Pero ya hemos dicho que las condiciones en el hombre vivo son diferentes.

FLEXIÓN LATERAL

Fijando los muslos y la pelvis del modelo al aparato (fig. 4.ª), é inclinándole lateralmente de modo que no haya desviación ni adelante ni atrás, sino un movimiento puro lateral de flexión á la izquierda, si la columna vertebral no fuera más que un vástago flexible sin el adosamiento del tórax y brazos, la flexión sería normal: es decir, no habría rotación. No sucede así; porque al doblarse la columna á la izquierda, el cilindro que forma la caja torácica se dobla también, comprimiéndose y aproximándose las costillas por la concavidad y ensanchándose por la convexidad.

Dada esta posición, podemos demostrar experimentalmente que el aro formado por cada costilla, uniéndose á la homóloga opuesta por intermedio de los cartílagos costales y esternón, se hace elíptico, aplanándose en la parte posterior izquierda y anterior derecha, y ensanchándose en la posterior derecha y anterior izquierda.

Formada esta elipse, para tomar esta posición los aros, necesariamente tienen que girar los cuerpos de las vértebras en unión de las costillas. Por esto el movimiento puro de lateralidad no existe.

FLEXIÓN LATERAL ANTERIOR IZQUIERDA

La fig. 5.ª representa una niña de cinco años, doblada hacia adelante y á la izquierda. Las costillas se aproximan por delante y en el punto de la flexión, y se separan ligeramente por detrás á la derecha.

Es decir, que el cilindro torácico en conjunto sufre una flexión, y los aros que forman las costillas se hacen elípticos, sobre todo en el punto de mayor flexión, siendo el diámetro menor el que va de la parte posterior derecha á la anterior izquierda, y el mayor el de la posterior izquierda y anterior derecha.

Las vértebras se doblan á la izquierda, indicando las cartulinas que los cuerpos vertebrales se han dirigido á la derecha y las apófisis espinosas á la izquierda.

FLEXIÓN LATERAL ANTERIOR IZQUIERDA CON ROTACIÓN

Sujetando al modelo (muchacho de veinte años) los muslos y la pelvis (fig. 6.ª), puesto verticalmente y haciéndole primero girar á la izquierda y después inclinarse á la izquierda y adelante, veremos otra clase de deformación de conjunto. La caja torácica ha rodado de izquierda á derecha, y las vértebras todas también han rodado de izquierda á derecha; mas en la flexión, las cervicales y ocho primeras dorsales han conservado la rotación, porque la cabe-

za puede libremente girar; mas las cuatro últimas dorsales y todas las lumbares, al doblarse hacia adelante estando fija la pelvis, han contrarrestado la rotación con el movimiento de flexión, y por eso se ven las tres primeras flechas dirigidas á la derecha, y las cuatro últimas á la izquierda. La caja torácica, considerada como un cilindro, dada una sección transversal paralela al plano del suelo, cuya sección es muy aproximada á un círculo achatado ligeramente por las partes laterales y con un saliente en la parte posterior, represen-

FIG. 5.ª—Flexión lateral anterior izquierda. Niña de cinco años.

FIG. 6.ª—Flexión lateral anterior izquierda con rotación.

tado por la columna vertebral, no sufre la deformación elíptica tan marcada como en la flexión simple lateralizada; es decir, que la rotación de la caja disminuye la forma elipsoidal, y por consiguiente, la joroba que acompaña á la escoliosis.

Los estudios experimentales son la base de nuestros conocimientos; y no me cansaré de repetirlo, para que nos dejemos de hablar de memoria de enfermedades y de enfermos.

De estos estudios, cuyas notas compendiadas voy escribiendo, he sacado deducciones de gran interés para mi práctica, y he podido darme cuenta del mecanismo de producción de muchas escoliosis que á primera vista parecen raras, por sus formas, por sus desviaciones, por su rotación tan enormemente diferente en unos y otros casos.

He visto en mi práctica enfermos escoliósicos que, con una gran curvatura lateral, tenían relativamente en la convexidad poca joroba ó abultamiento; y otros, en cambio, con una desviación lateral

insignificante, presentaban gran incurvación posterior de las costillas en el lado de la convexidad.

Esto depende de la combinación de las acciones musculares, de la flexión y de la rotación.

Si hay gran tracción en las lengüetas que se atan en los ángulos de las costillas, apófisis transversas y apófisis espinosas, pero cuyas fibras son oblicuas, de abajo arriba, casi perpendiculares, y que van de la masa común á todos estos puntos, se producirá gran flexión de la columna en este lado de sobretono, en comparación del opuesto, y ligera rotación. Mas si en lugar de ser estas fibras las que tiran más, son las otras que se insertan en las apófisis espinosas y van transversalmente hacia afuera, como las del trapecio romboideo, serrato menor y gran dorsal principalmente, entonces se presentaría ligera desviación ó flexión lateral, pero gran rotación ó abombamiento posterior de las costillas.

Otro punto que me ha hecho pensar mucho y que hasta ahora ha confundido á todos los que se han dedicado á estas cuestiones, es averiguar cuál es el lado parésico y cuál el sano, al principio de la desviación, cuando las diferencias de las reacciones galvánica y faradica no son perceptibles.

La confusión depende de lo siguiente:

El músculo, cuando se contrae, no hace más que acortar la distancia entre dos puntos.

Si se contraen los músculos sacrolumbar, dorsal largo y transverso espinoso de un lado, supongamos, el derecho, dada su disposición, acortarán el lado derecho de la columna vertebral; es decir, le doblarán á la derecha, producirán una escoliosis en conjunto en forma de C, de convexidad izquierda y concavidad derecha.

En este caso tenemos el lado parésico, ó que tira menos, en la convexidad; y el lado contracturado, ó que tira más, en la concavidad.

Supongamos ahora que los músculos que tiran más en el lado derecho no son los antedichos de lengüetas verticales, sino el romboideo, el trapecio, el serrato menor ó el gran dorsal; es decir, músculos cuyas fibras son transversales de dentro á fuera y que al contraerse acortarán la distancia de los puntos de atadura, se llevarán la columna hacia su lado, y al tomar punto de apoyo en las apófisis espinosas harán girar las vértebras. En este caso, observaremos: desviación de convexidad derecha cervical, si son los esplenios, complexos y serrato menor los que tiran; dorsal, si trapecio y romboideo; y lumbo-dorsal, si el gran dorsal.

Estas últimas formas son poco frecuentes; porque siendo la masa erectora, es decir, las fibras verticales mucho más potentes que

las transversales, ordinariamente, cuando un lado está parésico, se verifica la flexión al lado opuesto.

ROTACIÓN Á LA IZQUIERDA

De la misma manera que la flexión no es posible sin la rotación, tampoco ésta puede efectuarse sin una ligera flexión.

El modelo, fig. 7.ª, lo demuestra. Bien sujetos los muslos y la

FIG. 7.ª—Rotación á la izquierda.

FIG. 8.ª — Flexión lateral izquierda posterior.

pelvis, y haciéndose rodar el tronco sin violencia, se ve claramente cómo va cambiando la dirección general de los cuerpos y apófisis espinosas, pero inclinándose ligeramente á la izquierda.

FLEXIÓN LATERAL IZQUIERDA POSTERIOR

Haciendo doblar al modelo de la fig. 5.ª hacia la izquierda y atrás (véase fig. 8.ª), puede seguirse la dirección de los cartones y se verá que los tres últimos se dirigen oblicuamente hacia abajo y se inclinan muy poco á la derecha, lo cual indica que las vértebras lumbares y últimas dorsales han perdido la horizontalidad, levantando el cuerpo y bajando la apófisis espinosa; se han inclinado también lateralmente á la izquierda, y han rodado los cuerpos imperceptiblemente á la izquierda, mientras los dos cartones supe-

riores demuestran más horizontalidad en las vértebras, menos inclinación ántero-posterior de los cuerpos y una rotación ligera á la derecha.

FLEXIÓN LATERAL IZQUIERDA POSTERIOR CON ROTACIÓN

Sentado verticalmente el modelo de la fig. 1.ª, y haciéndole girar primero el tronco á la izquierda, sin violencia, y después dirigirse atrás y á la izquierda, la dirección que toman las vértebras podemos observarla en la fig. 9.ª Se nota la rotación general de toda

FIG. 9.ª—Flexión lateral izquierda posterior con rotación.

la columna, pero en la parte inferior esta rotación está en parte compensada con la flexión; y por eso los cuerpos de las vértebras no se dirigen tan francamente hacia la izquierda, á pesar de la rotación, como en la parte superior.

La inclinación ántero-posterior de las vértebras inferiores, también es menor que en la flexión posterior lateral sin rotación.

FLEXIÓN LATERAL DERECHA

Como las acciones musculares son muy complejas en la columna vertebral, y se pueden dar rotaciones diversas, reproduzco el modelo, fig. 10, que es una flexión lateral, pero con ligera rotación.

Hemos visto en la fig. 4.ª que la inclinación lateral izquierda

produce una ligerísima rotación de los cuerpos vertebrales á la derecha. En la inclinación lateral derecha se produce, como es natural, una inclinación también ligerísima de los cuerpos vertebrales á la izquierda; pero si hacemos rodar el tronco del modelo, de izquierda á derecha, compensamos la rotación de flexión, y la columna puede inclinarse sin rodar. Si, por el contrario, hacemos rodar el tronco, aunque sea poco, del modelo, de derecha á izquierda, y después le

FIG. 10.—Flexión lateral derecha.

inclinamos á la derecha, la rotación de los cuerpos vertebrales á la izquierda es muy manifiesta, como puede verse en la fig. 10.

Después de estos estudios experimentales en modelos vivos, conviene conocer las deformaciones permanentes que origina la escoliosis cuando desde un principio no se trata. A este fin he tomado del Museo del Dr. Velasco fotografías de columnas vertebrales escoliósicas, que aquí reproduzco en las figs. 11, 12, 13, 14, 15 y 16.

Claro es que cuando el esqueleto llega á este grado de deformación, y las vértebras, después de mucho tiempo en la posición viciosa, están falseadas, es imposible la corrección.

Véase lo importante que es insistir con las familias á fin de que lleven los enfermos en lós períodos primeros al médico que ha de tratarlos, pudiendo asegurarse que si desde el principio se pusieran en tratamiento, la escoliosis, como la cifosis, se borrarían del cuadro nosológico.

FIG. 11.—Esqueleto escoliósico del Museo del Dr. Velasco. Han seccionado las costillas y cartílagos costales para poder ver la desviación y rotación de los cuerpos vertebrales.

FIG. 13.—Las mismas piezas de la fig. 12 vistas por detrás. (M. Dr. Velasco.)

FIG. 12.—Trozos de columnas escoliósicas vistos por la parte anterior. El de la derecha tiene todas las vértebras soldadas, y seguramente ha pertenecido á un enfermo de poliartritis vertebral reumática. (Museo Dr. Velasco.)

FIG. 14.—Dos trozos de espina escoliósica vistos por la parte anterior. Es notable, tanto como la desviación, la rotación vertebral. (M. Dr. Velasco.)

En cuanto á arquitectura interna de las vértebras de esqueletos escoliósicos, encuéntrase, dando cortes en las mismas, un tejido esponjoso con trayectorias oblicuas, que van en dirección de la nueva fuerza actuante. Estas trayectorias no son muy claras, por

FIG. 15.—Los mismos trozos de la fig. 14, vistos por la parte posterior. (M. Dr. Velasco.)

FIG. 16.—Notables ejemplares de cifo-escoliosis. (M. Dr. Velasco.)

constituirlas un tejido inordenado de formas geométricas indeterminadas. Esto se observa mejor en las vértebras en cuña, en donde las trayectorias no son verticales, sino sesgadas.

ETIOLOGÍA

La escoliosis puede ser congénita (muy rara) y adquirida.

De una sola curvatura general, escoliosis simple ó sencilla en forma de C, y de varias curvaturas. Puede haber una sola lumbar, ó dorsal, ó cervical, ó también lumbar, dorsal y cervical á la vez, que es lo corriente.

Respecto á la proporción de esta deformidad con relación á otras deformidades, no puedo exponer datos exactos ni tomar estadísticas extranjeras, porque varían extraordinariamente. Lo que sí se puede decir es que se observa con bastante frecuencia, que es cuatro ó cinco veces más frecuente en el sexo femenino que en el masculino.

Aparece con preferencia de los cinco á los diez años, y menos frecuentemente de los diez á los veinte. En los adultos persiste y se acentúa (cuando no se trata), como enfermedad que apareció en la primera infancia.

Su origen y mecanismo ha sido muy discutido.

La *teoría respiratoria* de Stromeyer y Werner supone en la escoliosis dorsal primitiva derecha un exceso de acción del serrato mayor derecho, y por consiguiente un mayor desarrollo y amplitud en los movimientos respiratorios de este lado.

La *teoría muscular* de Major, Delpech, Boyer y Guerin, supone una retracción muscular en el lado de la concavidad; y les ha llevado á la miotomía de los músculos espinales de este lado, sin resultado alguno.

La *teoría ligamentosa* de Malgaigne supone una relajación de los ligamentos y tejidos fibrosos.

La *teoría de crecimiento* de Hueter, un aumento de presión que origina un aumento de crecimiento en el lado comprimido.

Según la *teoría inflamatoria* de Lovinser, la escoliosis es producida por una inflamación crónica lenta de las vértebras, que va poco á poco acomodando las partes por hábito á la posición viciosa.

Para Eulemburg, defensor de la *teoría del antagonismo muscular,* la relajación ó paresia del lado convexo da por resultado que los antagonistas doblen la columna hacia el lado cóncavo.

Otros han dado importancia á la situación de la aorta, y algunos á un desarrollo desigual de la caja torácica, á una asimetría en el crecimiento.

Es imposible que yo ahora pueda dar cuenta de todo lo que se ha dicho sobre la etiología de la escoliosis. Resultaría, al exponer extensamente todos los pareceres, una tal confusión de ideas, que haría este trabajo poco menos que inútil.

Voy á prescindir, pues, de todo lo que se ha dicho, y á entrar en el estudio de las causas de la escoliosis por mi propia cuenta, y á exponer las ideas que me ha sugerido el número grande de enfermos de esta clase que he visto.

Comienzo por decir que, sea cualquiera la causa que la determine, observamos, como resultado primero inmediato, la pérdida en las condiciones normales del equilibrio en la columna vertebral. Perdido el equilibrio, vemos á la larga los efectos de las pequeñas fuerzas continuas que actúan un momento y otro momento, un día y otro día, y llegan á producir, con causas al parecer insignificantes, las deformaciones más considerables.

ESCOLIOSIS POR CARIES VERTEBRAL

La rotura de los grandes ligamentos vertebrales anterior ó posterior, puede determinar, y á veces determina, la fijación del bacilo de Koch en el punto lesionado y el desarrollo de una caries tuberculosa vertebral que origina la menor resistencia de la columna.

Yo llamaría á esta escoliosis *escoliosis estática de carga,* porque

para el efecto de doblarse un vástago ó sustentáculo conductor de fuerza, tanto da que el material del sustentáculo pierda en resistencia, como que la carga que ha de sostener sea superior á la resistencia del material. El mecanismo es parecido, pues, á la escoliosis de los cargadores.

En el caso anterior de mal de Pott, puede suceder que la parte anterior de los cuerpos vertebrales sea sólo la lesionada, y entonces aparecerá la cifosis sin desviación lateral; ó puede también sufrir

FIG. 17.—N. N., de quince años. Rotura del ligamento vertebral común anterior, porción dorsal media. Desviación lateral derecha. Cifo-escoliosis.

FIG. 18.—Felipe Prieto, de catorce años. A los siete años tuvo una pleuro-pneumonía derecha. Escoliosis por retracciones pleuríticas.

la parte lateral de las vértebras, en cuyo caso aparece la cifo-escoliosis.

La fig. 17 reproduce un chico de quince años, tratado por nosotros en el Instituto Rubio, de rotura del ligamento vertebral común anterior, porción dorsal media. Además de cifosis, hay desviación lateral; es un caso de cifo-escoliosis.

Es claro que el tratamiento de esta forma de escoliosis difiere completamente del tratamiento corriente; porque, en este caso, todo

lo que fuera gimnasia médica, masaje, etc., provocaría el aumento, propagación y difusión del proceso.

ESCOLIOSIS DE CONVEXIDAD IZQUIERDA, POR RETRACCIONES PLEURÍTICAS DERECHAS

La fig. 18 reproduce un caso que en la actualidad tengo en tratamiento.

Felipe Prieto, de catorce años, residente en Guadalajara; hace siete tuvo una pleuresía derecha, notando desde entonces molestias en este lado.

La deformación empezó á iniciarse muy lentamente, y hace cuatro años los padres ya empezaron á darse cuenta de que el chico iba torciéndose hacia el lado derecho, hundiéndose dicho lado y abombándose en cambio extraordinariamente el izquierdo.

El mecanismo de esta deformación es el siguiente:

Estando la pleura parietal en inmediato contacto con la cara interna de los intercostales internos y la misma cara de las costillas, al establecerse en la dicha pleura bridas fibrosas y empastes, que se unen á la pleura visceral, fórmase en la pared interna de la caja torácica una especie de block, constituído principalmente por exudados organizados y pleura engrosada, que sujeta y fija la posición que entonces tenían las costillas.

El crecimiento sigue su evolución, y como el órgano, para desarrollarse normalmente, es necesario que funcione, nos encontramos en este caso con que no funciona ó funciona mal, que falta la *irritación trófica de la función*.

Limitadas por las adherencias las costillas en sus movimientos de elevación y depresión, sin función los intercostales, muy limitada la acción de los transverso-costales, serratos y pectorales del lado afecto, necesariamente este lado sufre una parada en su evolución.

Este paro se manifiesta por fijación de las costillas en el lado derecho, y evolución más que normal en el izquierdo. Esto se comprende fácilmente porque, teniendo el lado izquierdo que suplir la función pulmonar del lado derecho, al menos en parte, se desarrolla más por exceso de función; y vemos claramente en el lado izquierdo exageración de las funciones fisiológicas, y en el derecho depresión de las mismas.

Como los aros que forman las costillas con las vértebras, cartílagos costales y esternón, no pueden deformarse por un lado sin que todo á la vez se deforme, de ahí se deduce que las vértebras tienen que inclinarse lateralmente en la región dorsal afecta, formando una curva de concavidad izquierda.

Hemos visto, al estudiar los movimientos de la columna vertebral,

que al inclinarse ésta lateralmente á la derecha, los cuerpos vertebrales ruedan á la izquierda, y las apófisis espinosas á la derecha.

Esta nueva disposición por las ataduras de las costillas á las apófisis transversas, determina clara y necesariamente un abombamiento de la caja torácica posterior izquierda y anterior derecha, y un aplanamiento posterior derecho y anterior izquierdo.

El tratamiento de esta escoliosis, también es diferente del de las otras escoliosis estáticas.

Perdido una vez el equilibrio de la columna, la deformación seguirá avanzando.

He dividido el estudio de las escoliosis estáticas en dos grandes grupos: escoliosis estáticas de *presión*, y escoliosis estáticas de *tracción*.

Las primeras son producidas única y exclusivamente por la acción del peso del cuerpo sobre la parte de la columna deformada, sin que haya desequilibrio en las tracciones (por lo menos al principio).

Las segundas son producidas por paresias ó parálisis musculares, es decir, por tracciones desiguales sobre los puntos de atadura en la columna; y están tan mal estudiadas, que hoy sobre ellas reina una confusión lamentable. Trataré de deshacer en lo posible esa confusión.

Otra de las causas determinantes de escoliosis es la desigualdad de las extremidades inferiores.

Este origen de deformidad para mí tiene una importancia grande, por el mecanismo de su producción y por la frecuencia extraordinaria con que se presenta.

Prodúcese la escoliosis en este caso por la desigualdad de las tracciones musculares necesarias para mantener el equilibrio de la columna.

Cuando las extremidades inferiores son iguales (fig. 19), percíbese claramente que la serie de puntos que representan las apófisis espinosas son normales al plano horizontal sobre que descansa el individuo, siempre que este plano esté bien nivelado; pues cuando, por una suspensión del crecimiento general de una pierna, ó por lesiones de nutrición, ó parálisis infantil, ó fractura del cuello del fémur, ó del fémur ó tibia con acortamiento, ó por fijación articular de la cadera consecutiva á coxalgia, en cuya fijación, quedando la pierna separada de la vertical, ya por abducción ó adducción y rotación; necesariamente ha de ser más corta, puesto que la vertical representa la distancia menor entre el suelo y la pelvis; cuando, en fin, por cualquier causa una pierna es más corta que la otra, la pelvis se inclina, como es natural, al lado más corto. Supongamos que la pierna derecha es más corta que la izquierda. Al inclinarse la pel-

vis al lado derecho, el sacro y la columna lumbar, de verticales se hacen oblicuos de izquierda á derecha, siguiendo todo el tronco esta misma dirección. Así las cosas, perdido el equilibrio de la columna, inclinada la cabeza y la extremidad superior derecha á la derecha, se ha perdido el equilibrio que estaba sostenido por los dos contrapesos representados por los brazos. Inclinado todo el tronco á la derecha, para no caer y volver á restablecer el equilibrio la columna se inclina al nivel de la región dorso-lumbar á la izquierda, y luego al nivel de la cérvico-dorsal á la derecha.

Con esta serie de curvas, que podemos llamar de compensación,

FIG. 19.—T. G., niña de cinco años (modelo). Colocada sobre un plano horizontal nivelado, los puntos de las apófisis espinosas forman una recta perpendicular á este plano.

FIG. 20.—T. G., modelo de la fig. 19. Escoliosis experimental por desigualdad de las extremidades inferiores.

se restablece el equilibrio á expensas de la normalidad de la columna, produciéndose las desviaciones laterales constitutivas de escoliosis.

Esto lo he comprobado experimentalmente, poniendo debajo del pie izquierdo del modelo un libro, el cual hace subir la pelvis de un lado, produciendo el efecto de acortar la pierna derecha. La figura 20 demuestra la escoliosis experimental.

El tratamiento de esta escoliosis también difiere del de las anteriores.

A veces ocurre que las extremidades inferiores son iguales, y sin embargo, una cresta ilíaca es más alta que la otra.

Esto depende de que hay algunas formas de escoliosis en las cuales no sólo hay rotación vertebral, sino rotación del sacro y rotación en general de la pelvis. De modo que aun cuando los dos trocánteres estén á la misma altura, puede descender la pelvis de uno ú otro lado y su plano anterior tomar una posición lateralizada oblicua.

Si no tenemos esto en cuenta, fácilmente podemos confundir una escoliosis por desigualdad de las piernas con otra que reconozca origen diferente.

ESCOLIOSIS POR HOMBRO ALTO

Otra causa de escoliosis es una deformidad á la que los alemanes han llamado *hombro alto*. Es congénita, por lo general, y consiste en un abultamiento especial del omoplato, generalmente el izquierdo, simulando al nivel de la espina de este hueso como un osteoma, que algunos han tenido por miositis osificante, dándole un aspecto raro y estando á un nivel mucho mas alto que el omoplato del lado opuesto. Esta altura del omoplato acarrea una desviación hacia ese lado de la columna, y por consiguiente una escoliosis. (Véase la fig. 21, que reproduce una niña de cinco años que he tenido en tratamiento con esta variedad de escoliosis.)

ESCOLIOSIS ESTÁTICAS DE TRACCIÓN

En las escoliosis estáticas, el mecanismo de producción más frecuente no es, sin embargo, ninguno de los anotados; la desigualdad en las extremidades inferiores se observa con muchísima frecuencia, y yo le doy la importancia que en mi concepto tiene; es decir, que es una de las causas más frecuentes de escoliosis, aun cuando para muchos ha pasado completamente inadvertida, y otros apenas la nombran casi sin interés. Pero aún más frecuente que la desigualdad de las extremidades inferiores es la paresia muscular, que origina tracciones musculares desiguales.

Es necesario, para comprender bien este mecanismo, darse cabal cuenta de las diversas ataduras de las masas erectoras del tronco, haciendo un estudio preciso, detallado, músculo por músculo, y después un estudio de conjunto.

El estudio detenido debe hacerse primero en el cadáver, y muchas veces, y luego tener como recordatorio siempre las láminas de un buen atlas de anatomía, como el de Bonamy, por ejemplo, en donde admirablemente, y con una precisión digna de todo encomio, puede verse en las planchas 25 hasta la 30 inclusive, tomo I, toda la disposición de estas masas musculares.

Formada la columna vertebral por piezas óseas semejantes,

constituyendo un vástago perpendicular al suelo en la posición vertical, y teniendo adosado á este vástago, que no es rígido, sino flexible, la cabeza por arriba, el tórax con todos sus órganos por delante y arriba, y por delante y abajo las vísceras abdominales, dada la desproporción de peso entre la parte anterior y posterior, necesariamente el tronco se caería hacia adelante si no tuviera

FIG. 21.—G. S., niña de cinco años, tratada en mi consulta. Escoliosis dorsocervical. Convexidad izquierda producida por la deformidad llamada hombro alto.

FIG. 22.—N. N., niña de quince años, tratada en el Instituto Rubio, Sección de Mecanoterapia, bajo la dirección del autor. Escoliosis dorsal por paresia muscular izquierda. Esta es la causa más frecuente de escoliosis.

una poderosa retención muscular y además no se formase la lordosis fisiológica lumbar y cervical.

Como las tracciones son tan considerables, la Naturaleza ha tenido que proveer á las vértebras de grandes salientes, donde puedan atarse las lengüetas ó franjas que han de contraerse, y así vemos las apófisis espinosas, las apófisis transversas y los ángulos de las costillas, puntos principales de actuación de fuerza.

En conjunto puede considerarse esta disposición como un poderoso tirante elástico, que atado por abajo á las grandes anfractuosidades y depresiones de la cara posterior del sacro é ilíacos, va á

insertarse en todos los puntos salientes posteriores de la columna vertebral, costillas y cabeza. Las tracciones de las diferentes lengüetas determinan los movimientos de extensión, rotación y lateralidad de la columna, ayudando á la flexión el mismo peso del tronco y la contracción de los músculos de la pared abdominal.

Lo más interesante de conocer para nuestro propósito es la terminación del dorsal largo y del transverso-espinoso, porque esta disposición nos ha de sacar del error en que frecuentemente se incurre de confundir el lado parésico con el lado sano, error que es fácil cometer y que realmente cuesta gran trabajo en algunos casos desentrañar. Las consecuencias de este error son lamentables, porque amasando y desarrollando el lado sano se aumenta la deformidad.

Las coyunturas todas están formadas por superficies articulares que juegan en posiciones diferentes, según su forma y disposición.

Estas coyunturas tienen diversos medios de unión, que son las cápsulas fibrosa y sinovial, los ligamentos y, sobre todo, la poderosa retención hecha por el tono muscular.

Cuando alguno de estos medios de unión, fijación y movimiento de las articulaciones se relaja ó afloja, las funciones para que han sido formadas se ejecutan de un modo incompleto.

En la mayoría de los casos, ordinariamente en la mujer, que se presenta con mucha mayor frecuencia que en el hombre, se observan esas constituciones débiles y enfermizas, de color pálido y gran laxitud en los movimientos.

En estos seres preséntanse con alguna frecuencia las parálisis y paresias musculares, y si no esto, la flojedad en los medios de unión (pérdida del tono muscular).

Claro es que si un lado de la masa erectora del tronco está paralítica, presentaráse una contracción en el lado opuesto por desigualdad en las tracciones musculares; y en este caso, formaráse una gran curvatura general de la columna en forma de C, cuya concavidad es producida por la retracción de los músculos del lado sano.

Los medios ordinarios hoy de reconocer el lado sano y el lado parésico, realmente son algo imperfectos. Redúcense á averiguar la reacción galvánica y farádica de los músculos sospechosos; pero es claro que cuando un músculo no obedece ya, ú obedece poco á la contracción galvánica, sus fibras están muy degeneradas; es necesario averiguar el estado de tonicidad y de contracción cuando se presentan las primeras variaciones, es decir, en el principio de la dolencia.

También debemos aprender á conocer cuándo un músculo ha perdido su tonicidad y cuándo su contractilidad.

La pérdida de la tonicidad acarrea la flojedad articular; la de la contractilidad, la limitación del movimiento.

Ahora bien: el músculo, cuando funciona fisiológicamente, se nutre de una manera normal.

La nutrición supone cambios celulares, y éstos traslación de materia, reacciones químicas que, á su vez, se acompañan de desprendimiento de calor.

Fundándose en estos hechos, yo pregunto: ¿No nos será dado

Fig. 23.—L. S., de quince años. Escoliosis dorsal derecha y lumbar izquierda. Período ya avanzado, de gran deformación, en el que suelen presentarse algunos enfermos. Indica poco cuidado en las familias, ó falta de dirección en el tratamiento.

averiguar de una manera más exacta el estado de nutrición del músculo, aplicando delicadas pilas termoeléctricas que nos acusaran las menores alteraciones en la temperatura, y por consiguiente, la mayor ó menor contractilidad muscular?

Este es un problema que debe resolverlo el primero que sepa construir estas pilas y aplicarlas á estos resultados.

Si ya no hay parálisis, sino simplemente paresias ó pérdida del

tono muscular de un lado, necesariamente los músculos del lado opuesto han de tirar más, y por consiguiente, doblar lateralmente la columna, pero no llevársela hacia su lado, como algunos creen.

Es decir, que si suponemos en la región dorsal, por ejemplo, una paresia del lado izquierdo limitada á esta región, dada la disposición del dorsal largo, y transverso-espinoso principalmente, doblaráse la columna á la derecha, con la concavidad á la derecha; y como hemos visto en los estudios experimentales que la columna no se dobla sin rodar, tendremos necesariamente abombamiento posterior izquierdo y anterior derecho, depresión y flexión posterior derecha y anterior izquierda, deformándose al paso que las vértebras la caja torácica.

Ocurre en esta clase de deformaciones lo que ya he dicho muchas veces en otros sitios, y es: que una vez perdido el equilibrio, la acción de las fuerzas continuas es á la larga tan enorme, que acaba por producir las desviaciones más espantosas.

Calcúlese la fuerza que de pronto sería necesario hacer para producir las deformaciones que tiene la enferma de la fig. 23.

No me cansaré de insistir, porque algunas veces me he equivocado, el saber de una manera cierta cuál es el lado parésico y cuál el lado sano.

La confusión es fácil, porque á primera vista parece que el lado sano debe ser el de la convexidad, puesto que tira más que el otro y debe llevarse la columna hacia su lado. Pero, en realidad, no hace esto, porque las fibras musculares no van transversales desde las apófisis espinosas, transversas y ángulos de las costillas hacia afuera y adelante; sino de abajo arriba, en la dirección bien marcada por el transverso-espinoso, y por lo tanto, lo que hacen al contraerse es doblar la columna hacia su lado.

Como á veces las paresias están combinadas, ya limitadas á diversos tramos de un mismo lado de la masa erectora, ya á distintas alturas de uno y otro lado, las curvaturas pueden ser múltiples y extraordinariamente variadas.

Además hay otros músculos más superficiales: trapecio, romboídeo, gran dorsal y pequeño serrato principalmente, que tienen una acción distinta de la masa sacro-dorso-lumbar.

ESCOLIOSIS DORSAL PRIMITIVA DERECHA

Otra de las formas de escoliosis es la llamada *dorsal primitiva derecha*, por exceso de función del brazo derecho sobre el izquierdo.

Creo que se ha abusado algo de esta denominación, así como de otra variedad producida por la posición viciosa que toman los niños al escribir en las escuelas.

Para que una y otra se produzcan no basta simplemente el manejar más un brazo que el otro, ó permanecer torcido algunos ratos en los bancos de la escuela.

Siguiendo este criterio, seríamos todos escoliósicos.

Lo que hay es que cuando el individuo está ya predispuesto (entendiendo por predisposición, no que un individuo sea más apto que otro para adquirir la enfermedad porque sí ó por una determinada acción de virtualidad, sino porque el predispuesto tiene ya los órganos modificados en determinado sentido, capaces de recibir en estas condiciones la causa morbígena), es decir, en este caso, cuando hay flojedad y relajación de todo el aparato unitivo vertebral, las menores causas mecánicas pueden dar origen á la desviación lateral, cosa que no ocurre cuando el sujeto está bien musculado y puede reaccionar después colocando las piezas óseas en sus respectivas posiciones.

Estas dos causas de escoliosis yo las incluyo en el número de las parésicas, cuando menos de las producidas por la pérdida ó disminución del tono muscular.

Todas estas variedades de escoliosis las podemos considerar como escoliosis de *tracción* producidas por desigualdad en las tracciones musculares.

ESCOLIOSIS ESTÁTICAS DE PRESIÓN

Las de *presión* son aquellas que se producen por una de estas dos causas: ó por una debilitación general de las piezas óseas, reblandecimientos, etc., es decir, por la disminución de la resistencia del material; ó bien porque, siendo el material de la resistencia común y ordinaria, el exceso de peso, la sobrecarga, determina la torcedura de la columna.

Esta forma de escoliosis de carga ó de presión la observamos algunas veces en los mozos de cuerda, mozos de estación y cargadores.

Los procesos inflamatorios del raquis y los tumorales, debilitando la resistencia de la columna, pueden producir, por el peso normal del tronco, desviaciones en uno ú otro sentido.

La osteomalacia y el raquitismo pueden determinar escoliosis estáticas de presión.

Téngase muy en cuenta que en esto del raquitismo andamos con frecuencia equivocados.

En esos chicos panzudos, con gran lordosis y las piernas torcidas, que comúnmente tomamos como tipos de raquitismo, es decir, de enfermos con huesos reblandecidos por una nutrición defectuosa, he visto muchas veces, cuando he practicado diversas osteotomías, que los huesos, lejos de estar reblandecidos, tienen una osteítis conden-

sante en los puntos de flexión, siendo necesario emplear escoplos bien templados para que no salten sus bocas. Es que estas desviaciones son producidas por paresias musculares, y no por reblandecimiento óseo.

Claro es que hay casos de verdadero raquitismo en que los huesos, como todos los tejidos, están realmente mal nutridos. En estos casos, por disminución en la resistencia del material, la columna se tuerce.

ESCOLIOSIS NEURÓGENAS

En este grupo incluimos aquellas que deben su aparición á modificaciones en la textura del sistema nervioso.

Aun cuando las paresias y pérdidas de tono musculares deban su origen á alteraciones nerviosas primitivas, estas alteraciones no están bien localizadas ni conocidas, y por eso en las escoliosis neurógenas incluyo sólo aquellos grupos en la actualidad más ó menos definidos.

Así, la parálisis infantil, que se presenta con relativa frecuencia, determina un retardo en el crecimiento de una extremidad (escoliosis estática) ó una parálisis de los erectores del tronco: bien general, en cuyo caso la curvatura puede ser total en forma de C; ó parcial limitada á un lado, ya á los músculos profundos, ya á superficiales, dando lugar á desviaciones diferentes.

La atrofia muscular progresiva (distrofia de Erb) puede producir una escoliosis con la convexidad al lado sano. También la pueden determinar las poliomielitis, la hemiplegia, enfermedad de Friedrich, ataxia locomotriz hereditaria, tabes y siringomielia.

Por fin, entre las neurógenas debemos incluir las formas histéricas, que en realidad son curiosas.

Todas estas formas neurógenas son raras, y bien puede decirse que la escoliosis es una cosa secundaria y de menor importancia, siendo lo principal el tratamiento de la lesión nerviosa primitiva.

SÍNTOMAS

Como quiera que la escoliosis es una deformación, una torcedura lateral de la columna, los síntomas saltan á la vista. He descrito ya el mecanismo de su producción y sus variedades, y no he de perder el tiempo en repetir ahora las alteraciones torácicas y espinales á que da lugar.

Únicamente debo mencionar: que el corazón, vasos y pulmones se dislocan más ó menos, según lo avanzado de la deformación; que lo mismo sucede con el diafragma, estómago, hígado, páncreas, riñones é intestinos.

Que estas dislocaciones pueden producir trastornos de más ó menos importancia en los diferentes órganos dislocados, y que á veces se presentan procesos radiculares por compresiones en el lado de la concavidad, que hacen penosa la vida del enfermo, y explican el alivio que sienten con el estiramiento de la columna, aun en aquellos casos en que es imposible, por lo avanzado de las deformaciones, la corrección.

Tal sucede con la enferma de las figs. 36 y 37, que á pesar de ser ya imposible su corrección, acude desde hace nueve años al Dispensario para su tratamiento.

Para enjuiciar mejor los síntomas y curso del padecimiento, debemos trazar la silueta del enfermo.

MEDIDAS DE LA ESCOLIOSIS

Hasta ahora, bien puede decirse que todos los medios que se han discurrido para tomar con exactitud la forma de la caja torácica y la desviación lateral de la columna, son bastante imperfectos.

Yo me valgo del procedimiento siguiente:

Me he procurado una cámara clara, grande; y fijando el modelo á una distancia siempre determinada, coloco en el cristal, deslustrado, un papel transparente cuadriculado, de modo que cada cuadro, de un milímetro, corresponda á una dimensión fija del modelo.

A éste le señalo la altura de los omoplatos y el vértice de las apófisis espinosas con tinta.

Con la cámara clara le enfoco y voy dibujando con un lapicero de puntas afiladas los contornos y partes salientes.

Estando el enfermo sobre un tablero nivelado, se le toma la silueta anterior, marcando con puntos negros las espinas ilíacas.

Una vez tomadas las siluetas anterior y posterior, se toman las laterales. De este modo, empleando siempre las mismas dimensiones de cuadrículas en el papel, y estando á la misma distancia del modelo, se obtiene, con bastante sencillez, las alteraciones de forma que el enfermo va sufriendo con el tratamiento.

Cuando viene á nosotros un enfermo en los comienzos de su escoliosis, lo cual es raro en nuestro país, por la poca importancia que á esto se da y el poco cuidado que se tiene en estas cosas, presentándose sólo cuando ya la deformidad es manifiesta; si tenemos, digo, la suerte, ó mejor, si el enfermo la tiene de venir al principio, se nota lo siguiente:

Puesto el enfermo desnudo sobre un tablero nivelado, cubierta la parte anterior con un delantal, observaremos que teniendo las curvas fisiológicas en el sentido ántero-posterior, apenas si se nota una desviación imperceptible hacia uno ú otro lado de la columna.

Es que el enfermo, por la impresión del reconocimiento, pone en tensión sus masas erectoras y apenas si la columna se desvía. Mas dejándole en esta posición un tiempo prudencial, el agotamiento del tono muscular en los músculos que están más débiles, produce la relajación de los mismos, y entonces se nota la desviación: pasa algo muy parecido á lo que sucede en algunos casos de pie plano; y ya que de pie plano hablo, bueno es saber la relación que éste tiene con la escoliosis.

ESCOLIOSIS Y PIES PLANOS

Es lo cierto que, examinando cuidadosamente los pies de enfermos escoliósicos, se observa que, por lo menos la mitad, presentan los pies planos bien manifiestos, y en parte de la otra mitad, dejando al enfermo de pie sobre un plano de madera diez ó quince minutos, se notará el aplanamiento más ó menos pronunciado de la bóveda plantar; es decir, que tienen los pies ligeramente planos.

Como es natural, esta coincidencia no podía ser casual. Yo la explico por la debilidad general del organismo: seres enfermizos, de poca tensión muscular, de tejidos elásticos poco resistentes. Obsérvese el color quebrado de la mayoría de los escoliósicos y su escasa fuerza física. En estos individuos en que los músculos no fijan bien las palancas óseas, las desviaciones estáticas son fáciles de producir, sobre todo las estáticas de carga; y la explicación es manifiesta.

Esta condición muscular y fibrosa elástica es, en mi concepto, la determinante de un grupo de escoliosis; y no el raquitismo, como quiere Kirmisson, ó el raquitismo local de M. Even y Mickulicz, para explicar el genu-valgus.

También se comprende fácilmente que si el esqueleto es un conjunto de piezas duras dispuestas para el apoyo y sostén de las partes blandas, para que aquéllas se deformen se necesitarán fuerzas que sobre ellas actúen, y la deformación se verificará en el sentido de la fuerza.

Un proceso inflamatorio, neoplásico ó de cualquier naturaleza que sea, deformará el hueso en el punto en donde se desarrolle por aumento de volumen de la parte ó reabsorción de la misma, pero no constituirá una deformidad en el sentido que á esta palabra damos en ortopedia.

Es decir, que el raquitismo no tiene virtualidad de doblar los huesos por ser tal raquitismo, sino que éstos se doblan por las fuerzas que sobre ellos actúan.

Es claro que, dadas tracciones desiguales sobre un punto que ofrezca menor resistencia que en estado fisiológico, la fuerza mayor

producirá el desequilibrio más pronto que si el dicho punto es más resistente. Y esto pasa con el propio raquitismo, como antes he dicho.

TRATAMIENTO

En los casos incipientes, el tratamiento da magníficos y excelentes resultados; y bien puedo asegurar que si las familias fuesen más cuidadosas del bien de sus hijos y observasen con atención la menor torcedura del tronco, vendrían á tiempo de poder evitar estas deformidades, que siendo al principio insignificantes, van progresivamente avanzando hasta constituir esas horrorosas deformaciones que hacen al individuo inútil para la vida social.

Al principio, pues, con sencillos medios de gimnasia higiénica, masaje ó faradización de los músculos débiles que empiezan á perder el tono, basta para su tratamiento.

Así, pues, buena alimentación y un sencillo corsé contentivo ordinario y alto, son suficientes para evitar el curso de la deformidad que comienza.

Desgraciadamente, el paciente se suele presentar á nosotros cuando ya la deformidad está muy avanzada.

¡Cuánto trabajo y cuánta paciencia para tratar una deformidad que desde un principio hubiese sido fácil corregir!

Pero, en fin, tomando las cosas como son, se nos presenta el enfermo ya deformado, y entonces hay que procurar saber el origen de la deformidad.

Colocado sobre el dicho plano horizontal, desnudo, se señalan las dos espinas ilíacas y los dos puntos más altos de la cresta ilíaca de cada lado. Con una plomada se mide la distancia de cada una de estas partes al tablero, y así veremos si hay inclinación de la pelvis.

Supongamos que desde la cresta ilíaca, ó la espina ilíaca derecha, al tablero hay 5 milímetros menos que en el lado izquierdo: diremos que la pelvis está inclinada á la derecha.

Medimos después la distancia de los trocánteres á los maléolos externos: si es igual en ambos lados, diremos que la inclinación de la pelvis depende de alguna lesión articular que haya producido agrandamiento de la cavidad cotiloídea, y, por consiguiente, descenso de la pelvis, ó es efecto de alguna lesión del cuello del fémur, que ha disminuído su longitud ó su altura.

Si la distancia de los trocánteres á los maléolos es desigual, y en el lado derecho, por ejemplo, hay 5 milímetros de acortamiento, diremos que hay una suspensión en el crecimiento total del miembro derecho, y que la inclinación de la pelvis se debe á la menor longitud de la extremidad.

Puede suceder que la articulación coxofemoral esté normal, no haya ni elevación ni descenso del trocánter, y las dos piernas sean iguales, y, sin embargo, la pelvis esté inclinada.

Tal sucede en los casos en que la rotación lumbar y sacra desvían la pelvis y el plano frontal; esto es, el vertical, que pasa por el centro de una y otra cavidad cotiloídea, se desvía adelante ó atrás, inclinándose algo también la pelvis al rodar.

Esta rotación de la pelvis hay que tenerla muy en cuenta en el tratamiento consecutivo.

En cualquiera de estos casos conviene nivelar la pelvis; para lo cual se pone un alza, como en el caso que hemos descrito antes, por ejemplo, á la derecha, hasta nivelar las dos extremidades.

Yo acostumbro á poner un alza un poco mayor que el acortamiento, por lo menos al principio.

Niveladas ya las dos extremidades, hay que tratar de conseguir las desviaciones superiores, empleando los medios oportunos según los casos.

No siendo las afecciones inflamatorias ó neoplásicas que determinan escoliosis, las demás, sea cualquiera la causa, exigen un tratamiento mecánico y ortopédicc.

Creo que, hasta hace poco tiempo, todos los tratamientos de esta enfermedad han caminado por una senda errónea; por eso los resultados obtenidos han sido siempre tan desfavorables.

Comparando esta deformidad á otra cualquiera del cuerpo, por ejemplo, á un pie equino-varus acentuado, cuando ya los huesos están deformados, los ligamentos y músculos alargados unos y acortados otros, no he visto jamás que el masaje, la faradización y galvanización de los músculos, los movimientos graduados y los aparatos ortopédicos hayan curado una de estas deformidades.

Es necesario, ó intervenir cruentamente y colocar las partes de un modo aproximado en sus sitios respectivos, ó de una manera violenta y forzada reducir aquella deformación, que de otro modo es imposible reducir.

Esto mismo pasa con la escoliosis. Si nos empeñamos en emplear, sólo en los casos más ó menos avanzados, el corsé, el masaje, la gimnasia, los aparatos, etc., puede decirse que al año de tratamiento habremos conseguido bien poca cosa.

Es necesario reducir más ó menos violentamente la desviación, y después mantenerla reducida el tiempo necesario para la acomodación de las partes.

Lo primero que me propongo es movilizar las diferentes piezas de la columna vertebral y las costillas.

Aconsejo al enfermo que venga á trabajar á mi gabinete mecanoterápico, una hora diaria por lo menos. A este fin se provee de un

traje sencillo de blusa, que le permita ejecutar libremente todos los movimientos.

Empiezo por sacar una silueta de la deformación con la cámara clara. Anoto la altura de los omoplatos, de los hombros, grado de rotación, desviación lateral y altura de las crestas ilíacas.

Inmediatamente fotografío al paciente de espalda (fig. 24). Pasa después á la escalera curva (fig. 25), donde empieza el primer estiramiento de la espina. De esta escalera pasa á la suspensión en una barra de madera, donde se ejecutan diversos movimientos de rota-

FIG. 24.—Concepción Z., trece años, de Madrid. Escoliosis dorsal derecha de origen parésico. Antes del tratamiento.

FIG. 25.—Escalera curva para la suspensión.

ción del tronco; de aquí á la mesa, donde ejecuta movimientos respiratorios, sacando el tronco fuera y sosteniéndole con el lado parésico; luego al aparato de la fig. 26, que hace rodar las costillas y vértebras; y, por último, al aparato de la fig 27, que merece una descripción.

Este aparato lo he mandado construir al inteligente constructor ortopédico que acude al Instituto, D. Cesáreo Alonso.

Se reduce, como indica la fig. 27, á un arco de acero, sostenido por dos pilares del mismo metal y terminado por dos pivotes perpendiculares á éstos, que sirven para mantener la estabilidad, y al mismo tiempo son las patas ó pies derechos posteriores de un bastidor mesa. La fig. 27 reproduce la mesa en disposición de poder en ella colocar un enfermo, hacer la extensión y contraextensión y adaptar toda clase de vendajes en posición horizontal.

Quitadas las dos patas que corresponden al arco y puesto éste

FIG. 26.—Aparato para la rotación de las costillas.

FIG. 27.—Aparato del autor para el estiramiento de la columna vertebral y rotación de las costillas y vértebras.

verticalmente, se sustituyen los pedales por un asiento doble, ó si se quiere dos asientos que acomodan las nalgas y muslos del paciente y que pueden inclinarse hacia atrás ó hacia adelante, subir y bajar aisladamente, con lo que se consigue inclinar la pelvis ó ponerla horizontal. Unas correas fijan los muslos y pelvis al asiento.

La fig. 29 da buena idea del aparato en posición vertical con la enferma suspendida, y de este modo se comprende mejor que con todas las descripciones que yo pueda hacer.

La enferma se sienta, pues, en este aparato, como indica la figura 28, y tirando de la cuerda que sube el aparato de suspensión, endereza la columna, en algunos casos hasta ponerla completamente rectilínea.

Una vez esto conseguido ó casi conseguido, se pasa la faja elástica en la forma que indica la fig. 29, con el fin de rodar las costi-

FIG. 28.—C. Z. Estiramiento de la columna vertebral.

FIG. 29.—C. Z. Estiramiento de la columna. Colocación de la faja elástica para la rotación de las costillas y vértebras.

llas y vértebras, hasta rectificar lo que se pueda, algunas veces por completo, la caja torácica.

Cuando el paciente empieza á sentir molestias por la posición, le descuelgo y amaso con el vibrador eléctrico los músculos parésicos y después los faradizo.

Un mes, mes y medio, á veces dos meses, suelo tardar en movilizar á mi gusto la columna y las costillas; y una vez esto conseguido, procedo inmediatamente á la fijación de las partes movilizadas en una posición de rectificación perfecta ó casi perfecta en los casos peores.

Para ello, cuando la enferma está suspendida y la faja elástica colocada rectificando la rotación, rápidamente coloco un vendaje

fuerte de escayola, que al secarse mantiene las partes en la posición conveniente que se desea (fig. 30).

Las molestias en los primeros días son considerables, y se comprende perfectamente que así sea, dada la nueva disposición que todas las partes toman.

Como este vendaje fija la pelvis, la columna, el tórax y la cabeza, todo en una pieza (fig. 44), claro es que si hay desigualdad de las extremidades inferiores, no pudiendo hacer la flexión de la co-

FIG. 30.—C. Z. Colocación del vendaje escayolado, rectificando la posición.

lumna ni de la pelvis para compensar el acortamiento, los enfermos cojean de una manera lastimosa.

Así que se dan algunos casos (en otros no pasa esto) en que el enfermo sale de mi casa tres dedos más alto que entró y con una cojera que antes jamás había sentido.

Este fenómeno, que tiene una explicación clara, me hizo pensar y dar la importancia debida á la desigualdad de las extremidades inferiores como causa de escoliosis. Es claro que en estos casos hay

que igualar las extremidades, para que el enfermo no cojee, poniendo un alza en el lado más corto.

Por si no he sido bastante claro, explicaré más este fenómeno.

Si un enfermo tiene, por ejemplo, la pierna derecha más corta que la izquierda, estando el tronco erguido y la pelvis sin bascular, cojearía de un modo manifiesto al dar los pasos. En este caso, la pelvis se inclina lateralmente á la derecha, es decir, baja lo suficiente para que la pierna de este lado toque al suelo. Al inclinarse

FIG. 31.—C. Z. Suspensión después de quitado el vendaje de escayola. Compárese con la fig. 28.

la pelvis á la derecha, el sacro y la columna lumbar se dirigen también á este lado, y entonces, para restablecer el equilibrio y no caer, la columna se inclina hacia la izquierda, formando una curva. Este es el origen de la escoliosis. Fijando la pelvis á la columna y deshaciendo la curva, la pierna derecha no llegará al suelo y el enfermo cojeará.

Un mes ó seis semanas suelo tener el vendaje colocado; pasado este tiempo, se lo corto y vuelvo á movilizar la columna, con los mismos ejercicios que al principio.

Generalmente he ganado bastante, como puede verse en la figura 31, comparándola con la 28.

La faja elástica que uso después del primer vendaje es ya más resistente, como puede verse en la fig. 33.

Lo que he ganado con este tratamiento puede verse comparando la fig. 34 con la 24.

Por último, cuando termina el tratamiento primero, coloco al paciente un aparato ortopédico, con tracción elástica continua, como indica la fig. 35.

FIG. 32.—C. Z. Posición de la enferma después del primer vendaje de escayola. Rotación de las vértebras y costillas por medio de las placas metálicas.

Hay que tener en cuenta, para no hacerse ilusiones que después la realidad destruiría, que la escoliosis, una vez establecida, es sumamente difícil de corregir; por eso á veces hay que colocar dos y tres vendajes de escayola, y emplear, para obtener resultado, un año, año y medio ó dos años de tratamiento.

Conviene, pues, educar al público médico, que no suele dar importancia á las pequeñas desviaciones, y á las familias, haciéndoles ver que esa desviación, que al parecer es insignificante y fácilmente

corregible, es el origen de esas monstruosas deformaciones que vemos cuando están los enfermos por largo tiempo sin tratamiento alguno.

En esta situación suelen presentarse algunos enfermos, como el que reproducen las figuras 36 y 37, mujer ahora de treinta y un años, que se presentó en el Instituto hace nueve, cùando funcionaba en la Princesa. Las deformaciones son muy considerables y la fotografía no da cabal idea de ellas. A pesar de no ser corregible,

FIG. 33.—Suspensión con la faja elástica después del primer vendaje de escayola.

constantemente acude al Instituto los días de masaje desde hace nueve años, y es que siendo muy grande la flexión, hay compresión radicular y encuentra alivio y gran mejoría con la gimnasia, el masaje y sobre todo el estiramiento (fig. 37).

Otros enfermos se presentan con una desviación mucho menor—como, por ejemplo, la niña M. P., de diez años (fig. 38),—en la que la desviación es mucho menor que la anterior y se corrige fácilmente en el aparato (fig. 39).

Este tipo de escoliosis que reproduzco, en cuanto á la forma (la llamada dorsal primitiva derecha) y en cuanto á lo avanzado del padecimiento, es el más frecuente en presentación. Son rarísimos los enfermos que vienen cuando la escoliosis se inicia.

FIG. 84.—Concepción Z. Después del apósito escayolado. Esta niña debe seguir un año en tratamiento.

FIG. 85.—Concepción Z. Corsé ortopédico, con tracción elástica continua, colocado.

FIG. 86.—M. N., de treinta y un años. Escoliosis parésica, con grandes deformaciones y compresión radicular.

FIG. 87.—M. N., de treinta y un años. Estiramiento de la columna.

Como demostré en los estudios experimentales, cuando la columna vertebral se dobla lateralmente, ruedan á la vez las vértebras y las costillas, deformando la caja torácica. Si la columna, por el contrario, se estira, en este estiramiento sufren también las mismas vértebras y costillas una rotación en sentido inverso, que aproxima las partes al estado primitivo anterior á la desviación.

FIG. 38.—María Peñarrubia, de diez años. Escoliosis dorsal derecha.

FIG. 39.—María Peñarrubia, de diez años, en el aparato de suspensión.

Véase la fig. 40, que reproduce al mismo enfermo de la figura 18, Felipe Prieto, en el aparato de estiramiento de la columna, y se verá que no solamente los puntos que corresponden á las apófisis espinosas se han rectificado, sino que las deformaciones torácicas también han disminuído notablemente; y eso que este enfermo tiene la caja torácica derecha menos desarrollada que la izquierda, por atrofia consecutiva á la falta de función.

Hay que advertir que tengo que luchar á brazo partido con la incultura general del público. Siendo ésta una deformidad progresiva, que cuando ya se establece es de difícil corrección, algunos

enfermos y familias de enfermos quieren obtener la curación en el primer mes, á lo más en el segundo, cansándose del tratamiento y dejando otra vez á los enfermos á su triste suerte. Otras, en cambio, son tan ciegas y obedientes á todo lo que se les dispone, que pensando sobre esto no parece sino que pertenecen á otra raza, á otra humanidad diferente de las primeras. Y es que nuestra raza es una

FIG. 40.—Felipe Prieto, de catorce años. Estiramiento de la columna.

FIG. 41.—M. C., de veinte años. Escoliosis dorsal derecha y lumbar izquierda. Desigualdad en las extremidades inferiores. Pierna izquierda, 8 centímetros más corta que la derecha.

mezcla de heterogéneos caracteres, de condiciones malas y buenas, procedentes del cambio de individuos de los más distintos países.

¡Cuántos beneficios haría en ella la selección, si consideráramos al hombre como á otro cualquier animal, al caballo por ejemplo, en cuanto á la perfección física se refiere, que al fin es la base del mejoramiento moral! *Mens sana in corpore sano.*

El enfermo de la fig. 41 padece una escoliosis dorsal derecha y lumbar izquierda consecutiva á desigualdad en las extremidades inferiores. Es un buen ejemplo del mecanismo de producción de esta deformidad que ya he explicado antes. También es un buen

ejemplo de inconstancia. Con trabajo he conseguido que tuviera puesto el vendaje de corrección un mes.

Cuando se lo quité la desviación había mejorado notablemente. Compárese la fig. 45 con la 41, y se verá la alteración de la caja torácica, altura de los hombros y omoplatos, línea que forman las apófisis superiores, etc.

Las figuras 41 á 45 representan al enfermo M. C. en diferentes

FIG. 42.—M. C., de veinte años. Estiramiento de la columna.

posiciones. Estiramiento de la columna, rotación, colocación del apósito escayolado, etc.

Por último, las figuras 46, 47 y 48 representan al enfermo G. G., de Guadalajara, de quince años. La escoliosis es de origen parésico, y en la actualidad lleva sólo dos meses de tratamiento.

Si hubiese yo ahora de exponer los diferentes tratamientos empleados por los distintos autores para la corrección ó mejoramiento de la escoliosis, no habría espacio suficiente, llenando todas las páginas de esta REVISTA.

Voy, pues, sólo á ocuparme de lo hecho recientemente para el

tratamiento de las formas graves, esto es, de las que se presentan á nuestra observación en un período muy avanzado.

En los casos de cloro-anemia aguda ha dado muy buenos resultados el reposo en la cama al principio del tratamiento, consiguiendo en la mayoría de los enfermos aumentar el apetito y el sueño y cortar los graves trastornos nerviosos, continuándolo por algunas

FIG. 43.—M. C., de veinte años. Estiramiento y rotación de las costillas y vértebras con la faja elástica.

semanas. Se comprende fácilmente sus buenos efectos cuando hay gran curvatura y el peso del cuerpo está comprimiendo la parte cóncava de la columna.

La posición horizontal en los casos ordinarios avanzados, ayudada con la suspensión en un plano inclinado, por espacio de algunos meses, viene empleándose en algunos dispensarios alemanes desde el año 1870. El resultado aparente era bueno, porque corregía la

FIG. 44. — M. C., de veinte años. Colocación del apósito escayolado fijando la posición conveniente.

FIG. 45.—M. C., de veinte años. Posición que han tomado las partes después de la colocación del primer vendaje. Compárese con la fig. 39. 41

41

FIG. 46.—G. G., de quince años. Escoliosis dorsal derecha y lumbar izquierda de origen parésico. Enfermo de pie.

FIG. 47.—G. G., de quince años. Enfermo de la fig. 46, sentado.

posición de la columna, contribuyendo á su estiramiento; pero se observó que la musculatura se debilitaba extraordinariamente y que al ponerse en pie el enfermo volvía á aparecer la deformación primitiva.

En los enfermos neurasténicos, sobre todo en las familias histéricas, es conveniente el aislamiento del paciente, el reposo en el

FIG. 48.—G. G., de quince años. Enfermo de la fig. 45, con el apósito colocado.

lecho, la suspensión en plano inclinado, sobrealimentación, movimientos sistematizados (gimnasia sueca), masaje y posteriormente dos ó tres horas diarias de ejercicios moderados, á fin de aumentar la asimilación.

Conviene también aislar á los enfermitos en sus juegos con niños sanos, porque los efectos son más favorables cuando estos juegos son dirigidos por persona competente.

En otros casos conviene sobrealimentación, dos horas de masaje y gimnasia, movilización con un aparato de Zander, media hora de juego, el resto del día en plano inclinado.

Cuando todo esto da muy poco resultado, se ha acudido al enderezamiento forzado bajo la acción del cloroformo.

Por último, Michael Hoke, de los Estados Unidos, acaba de publicar en *The American Journal of Orthopedic Surgery*, vol. I, número 2, págs. 168 y siguientes, un trabajo en el cual expone su trata-

miento en los casos irreductibles por la intervención cruenta, haciendo osteotomías de las diferentes costillas, tanto del lado cóncavo como del convexo, hasta reducir la caja torácica á una forma parecida á la normal.

Para mí este tratamiento tiene el inconveniente de exponer al enfermo á los riesgos de una operación en el tórax, sin que al fin se consiga ni poco ni mucho corregir la desviación vertebral.

Termino diciendo:

1.° *Que la escoliosis es una enfermedad corregible en los primeros períodos.*

2.° *Que si las familias fueran más cuidadosas y los compañeros hicieran ver á las mismas la importancia que tienen esas desviaciones que al principio parecen insignificantes, no veríamos por ahí tantos infelices jorobados, verdaderamente jorobados é inútiles para la vida social.*

3.° *Que los casos de mediana intensidad pueden corregirse con un tratamiento de seis á doce meses de duración.*

4.° *Aun en los casos graves, siempre el tratamiento producirá un beneficio positivo en el enfermo, pues aun considerado sólo mecánicamente, puede hacer el oficio de un puntal en un edificio que se derrumba.*

SOBRE CIRUGÍA GÁSTRICA Y SUS LÍMITES RACIONALES

POR EL DR. R. LUIS Y YAGÜE

Del Instituto Rubio.

La ineficacia comprobada de los agentes médicos en el tratamiento de ciertas dolencias gástricas, tumores y estenosis principalmente, movió al ensayo de los recursos quirúrgicos como medio terapéutico, con éxitos tan repetidos, notorios y permanentes, que de ellos nació rápidamente el último y brillante capítulo de la operatoria moderna, no acabado aún de escribir, que se conoce con el nombre de cirugía gástrica, y de cuyas conquistas ha de quedar no poco, como progreso definitivamente adquirido, en el tratamiento de las gastropatías.

Pero la inocuidad relativa de estas intervenciones ha dado lugar á dos hechos comunes por su frecuencia y aspecto general, y tan peligrosos en sus consecuencias, que es menester advertirlos y destacarlos, para que de su continuación y acrecentamiento no venga daño grave á la cirugía, á los cirujanos y, sobre y ante todo, á la humanidad, por desuso acentuado ó abandono definitivo de este medio terapéutico.

Son éstos: I. La práctica de estas intervenciones por todos los operadores, y aun por los que, sin serlo, buscan en la rapidez de

sus éxitos nombre y notoriedad para significarse en cirugía. Y II. La intervención casi sistemática de cuantos estenósicos y neoplásicos acuden á ciertos cirujanos. Hechos ambos tan absurdos en el orden científico, que no pueden ni deben subsistir.

I. En efecto, por sus dificultades manuales y científicas supremas, las operaciones que se practiquen en el estómago requieren en quien ha de ejecutarlas, si han de ser bien empleadas: habilidad quirúrgica de primer orden; conocimientos de patología y anatomía patológica gástrica de gran finura; serenidad y rapidez extrema de juicio, que permitan elegir, abierto el vientre, con acierto invariable, la intervención seguramente más útil y adecuada en cada caso; manualización rápida, segura y perfecta; y elección de los cuidados ulteriores más convenientes para afianzar el éxito operatorio, sin riesgo de malograrle.

Son estas condiciones tan necesarias al buen resultado, que poseyéndolas, y podemos asegurarlo por lo que hemos visto, toda intervención operatoria en el estómago, si el sujeto fué bien elegido, es de resultado cierto y casi matemáticamente satisfactorio; mientras que la mayoría de los insucesos, cuando se opera lo intervenible, son casi única y exclusivamente debidos á inhabilidad ó insuficiencia científica del operador, responsable no pocas veces, una ú otra, de las muertes inmediatas, de las post-operatorias y de las complicaciones sucesivas.

Esa es la causa y no otra del círculo vicioso que engendra las más de las veces el empleo de procedimiento indebido ó la situación inadecuada de la nueva abertura pilórica; de las reproducciones rápidas por insuficiencia de la gastrectomía; de las muertes por gastroplegia aguda, que ocasiona la deficiencia de cuidados post-operatorios; y de la vida llena de sufrimientos que arrastran la mayoría de los operados por gastro-enterostomía anterior (de un manual mucho más fácil, pero desde el punto de vista terapéutico imponderablemente más nefasta) y todos los que en la posterior se les sitúa alta la abertura de comunicación gastro-yeyunal, teniendo estómagos en definitiva atónicos.

La imposibilidad de conseguir los datos numéricos necesarios hace difícil convertir esta creencia personal en convencimiento ajeno; la observación repetida permite, sin embargo, adquirirla fácilmente á todo médico, mostrando además que, si pudiera deducirse la mortalidad debida á estas causas de la general que ocasionan las intervenciones gástricas, asombraría á todos por su exigüidad, como por inducirla nos ha asombrado á nosotros, cuando se practican con el debido rigor científico y se ejecutan con la habilidad necesaria.

Pero para adquirir uno y otra hace falta saber suficiente y educación manual: el primero, hijo siempre del estudio; y la segun-

da, susceptible de ser adquirida por la ejecución repetida de actos en el cadáver, con mayores ventajas y sin los riesgos del vivo.

Para robustecer este propósito no debe olvidárse que, si la fortuna ha coronado por azar alguna vez á la audacia, sólo la suficiencia ha conquistado el triunfo permanente.

Quizá por no haber sido cirujano, ni pensar serlo, al comparar, en lo que personalmente conozco, los éxitos de unos con los fracasos de otros operadores, turba mi ánimo la idea de posibles responsabilidades morales y científicas, puesto que todo acierto es siempre una vida ganada á la muerte.

Seguros por nuestra situación médica de que no se nos puede tachar de interesados, lo hemos de repetir: la cirugía gástrica debe ser, y es menester que sea, patrimonio exclusivo de los contados cirujanos que, por la reunión afortunada de destreza personal, saber suficiente y criterio justo, han sido consagrados como verdaderos maestros; los demás, para acometerla, deben esperar á serlo.

II. La selección de los enfermos que deben ser operados puede contribuir eficazmente al saneamiento de esta cirugía.

Para ello es menester tener siempre presente que la terapéutica fundamental, de la cual la operatoria es sólo una parte, posee como verdad bien adquirida para la cirugía, que un afecto es sólo intervenible cuando la operación, descontados los riesgos del acto quirúrgico, puede devolver la salud al sujeto enfermo ó conducir á recobrarla parcial ó totalmente.

De la estimación de su posibilidad nace la conveniencia de operar; y de la seguridad de no lograrlo, la de abstenerse.

Esta valuación forma la parte primordial ó científica de la cirugía, constituída en su esencia por la formulación exacta de los juicios de relación entre el proceso á tratar y la utilidad ó perjuicio de su intervención operatoria, conocidos con el nombre de indicación y contraindicación; mientras que la manualización hábil y artística de los actos quirúrgicos sólo forma la parte más factible y secundaria.

Tan esenciales son estos principios generales á la cirugía gástrica, que de su aplicación constante ha de nacer la consecución de todos los beneficios posibles y su limitación exacta, puesto que impone como norma que ningún enfermo debe ni puede ser intervenido sin la evidencia racional de que la operación ha de reportarle beneficios.

Para que esta determinación sea exacta, es necesario resolver circunstanciadamente en todos los casos el problema personal que cada enfermo plantea antes de su intervención al cirujano.

Los puntos de mira fundamentales para lograrlo son: *a*) la apreciación del estado general de fuerzas, en relación con las necesarias

para soportar la operación precisa; y *b*) la estimación de los beneficios que se pueden y deben obtener con la intervención.

a) Todo acto quirúrgico exige un gasto de energías; y es condición indispensable que quien ha de soportarlo tenga suficiente caudal para resistirlo, sin temor racional á perecer á consecuencia del que origine la intervención y los actos necesarios para practicarla.

La relación es tan clara, la proporcionalidad tan necesaria, que los términos y el fin no son más que los miembros de una relación matemática, sencillísima como ecuación, en que las fuerzas individuales presumibles han de ser superiores á las que se necesiten para la operación, más las precisas para la iniciación del restablecimiento.

Inherentes á las operaciones en el estómago son la cloroformización, la considerable sideración que ocasiona la abertura amplia del abdomen y el largo tiempo que así debe permanecer; la pérdida de energías que aquéllas ocasionan es imposible evitarla.

Y lógicamente se deduce que todo enfermo que no cuente con fuerzas suficientes para soportarlo, y con superávit relativo para la iniciación del movimiento orgánico de restitución á la integridad, en modo alguno puede ni debe ser intervenido; pues si se efectúa, el acto quirúrgico pasa, cuando menos, de racional á temerario.

Por no ser las fuerzas orgánicas cosas materiales, no hay medio exacto de ponderarlas y medirlas; pero el estado de la nutrición, la rapidez ó lentitud del enflaquecimiento, los caracteres del pulso y la integridad material ó funcional del corazón, pulmones, riñones é intestino, permiten hacer, juiciosamente interpretados, estimación tan exacta y acertada que cuantas determinaciones de conducta se basen en ella serán científicas en su desarrollo y lógicas en sus consecuencias, mientras que las que no la tomen comopunto de partida sólo serán azares afortunados ó desgracias vituperables.

Los intervencionistas alegan como motivo para emprender las operaciones más arriesgadas el fin irremediable á que, por la naturaleza y médicamente, están condenados estos enfermos; pero aun en ellos las tentativas sólo pueden ser autorizadas ó excusables, cuando la apreciación debida muestre posibilidad de beneficio; y no puede haberla, y sí daño seguro, cuando carezcan de las fuerzas que la observación demuestra son indispensables. La sinceridad, que en lo social se considera como virtud, es en medicina deber ineludible; y la sinceridad obliga á decirlo así.

De ahí nace la primera limitación de la cirugía gástrica, pues hace preciso, como precepto forzoso, resignarse á no operar á cuantos, caquécticos por el hambre ó la infección neoplásica, carezcan de las energías indispensables para soportar con superávit el gasto de la intervención.

b) Para determinar de modo positivo los beneficios asequibles

con la operación, es ante todo necesario diagnosticar de una manera precisa y completa el afecto que suscita su empleo, puesto que los resultados difieren extraordinariamente según éstos.

Para esta estimación previa, los enfermos intervenibles de estómago pueden dividirse en dos grupos generales, de diferente aspecto clínico y distintos resultados operatorios: uno, formado por los estenósicos benignos; y otro, constituído por los neoplásicos.

Los primeros, sobre todo en su variedad más frecuente de estenosis intrínsecas consecutivas á cicatrices de úlceras simples de asiento pilórico, obtienen con la operación beneficio tan grande, que, económica y socialmente, viven como curados de su estrechez; aunque persistiendo la posibilidad de los trastornos inherentes al tipo químico anterior de su estómago, puesto que la intervención no lo cambia y modifícalo sólo en la parte relativa al éxtasis alimenticio y sus consecuencias. Por otra parte, sigue al éxito operatorio tan rápida mejora de la nutrición, que las fuerzas crecen como prodigiosamente, con tal cambio, en lo funcional y en lo físico, que pasan en pocos días de marchitos y decaídos á nutridos y resistentes.

El único problema, por tanto, que ofrecen ante su intervención, es el general de fuerzas necesarias para soportarla. Y como son relativamente escasas las indispensables para ello, debiera ser una rareza tener que negarles los beneficios de la cirugía; no lo es, por la frecuencia con que no se diagnostican oportunamente.

La lentitud de estos procesos en su curso permite un largo lapso de tiempo, en que la operación pueda ser soportada. Pero la observación enseña, sin embargo, que son tanto más rápidos y completos sus resultados, cuanto antes se practica; pues para su restablecimiento funcional, el estómago necesita poseer, sobre todo, relativa integridad muscular; y ésta la conserva sólo temporalmente, y acaba por perderla de modo definitivo y permanente. Lo cual impone la necesidad de diagnosticar las estenosis con oportunidad.

Diagnosticadas en debido tiempo, todas las graduadas pueden y deben ser intervenidas. Las no graduadas suelen pasar inadvertidas, y si permiten nutrición suficiente no necesitan ser operadas. Los enfermos de una ú otra clase, agotados hasta la consunción por el hambre, pueden ser inoperables por falta de fuerzas.

Para evitar que tal suceda, es menester que todos, médicos y cirujanos, nos afanemos en difundir, de una parte, la manera de efectuar su diagnóstico, siempre sencillo y exacto; y de otra, los resultados terapéuticos que se obtienen, y su permanencia: la benignidad relativa de la operación, en contraste con el alivio incompleto y temporal de las molestias más penosas, que en las estenosis acentuadas produce el tratamiento médico, incapaz de obrar sobre la estrechez misma, y su fin funesto inevitable.

En las neoplasias malignas, los beneficios son muy distintos, según la operación que se practique.

Estas pueden ser radicales, en que la separación completa de lo enfermo permite la curación; ó paliativas, cuando por inextirpabilidad se limita á la creación de un orificio que sustituya al estenosado, sea cardias ó píloro.

Para ser soportadas, las primeras requieren mayor cantidad de energías que las segundas.

La extirpación sólo puede efectuarse con probabilidades de éxito cuando el proceso esté circunscrito á una parte del estómago; y las operaciones paliativas, cuando habiendo imposibilidad de la extirpación, el tumor estreche notablemente uno de los orificios, con trastorno grave de la progresión alimenticia.

La observación diaria muestra, como resultado general de las operaciones radicales, la inextirpabilidad de las neoplasias que radican en el cardias; la inseguridad y dificultad de ablación completa de las que asientan en el píloro ú ocupan gran extensión de las paredes; y la curabilidad poco segura, pero bien comprobada, de las parietales bien circunscritas y limitadas. Y como resultados de las paliativas, beneficios limitados y temporales por la gastroenterostomía en las que estenosan el píloro, y muy efímeros y escasos con la fístula gástrica en las que estrechan el cardias.

La estimación, pues, de la conveniencia de la operación, y la determinación de la más útil cuando ésta es conveniente, sólo puede efectuarse diagnosticando previamente los particulares de la afección, en tanto cuanto sea posible.

La gastropatología cuenta con medios para llevarlo á cabo, por todos, en poco tiempo y con escaso esfuerzo.

Los peligros de la laparotomía exploradora, disminuídos, pero no anulados por la antisepsia, ponen á su empleo, como medio diagnóstico, la justa y estrecha limitación de no efectuarla jamás sin haber agotado antes, ordenada, metódica y repetidamente, cuantos medios exploratorios ofrecen el laboratorio y la clínica para la averiguación de las dolencias.

En toda neoplasia abdominal es, pues, necesario determinar: 1.°, su asiento gástrico; 2.°, su situación en el órgano; 3.°, su naturaleza; y 4.°, su extensión.

La inspección, el tacto, la insuflación y la gastrodiafanía permiten averiguar el asiento, siempre que el tumor es accesible, afortunadamente las más de las veces.

Los particulares de los síntomas subjetivos y de los signos objetivos, sobre todo, sirven para conocer la parte del estómago en que está situada; siendo el punto de mira fundamental para precisarlo, en los óricos, el cuadro estenósico, que objetiva la sonda en los car-

diacos, y la dilatación gástrica y retención alimenticia graduada en los pilóricos; y los síntomas gástricos, sin trastorno alguno órico, en los localizados parietalmente ó en las curvaduras.

Los datos peculiares de quimismo gástrico que proporciona el análisis, interpretados convenientemente y sumados á los demás síntomas, sirven para determinar la naturaleza de la neoplasia.

En cuanto á la extensión, permiten conocerla la palpación y la movilidad del órgano: en efecto, la dureza del escirro, única forma diagnosticable algunas veces con oportunidad, permite al tacto apreciar su contorno parcial ó total, y presumir, toscamente, la cantidad de órgano que ha invadido; la exploración de la movilidad gástrica por la insuflación, mostrando su normalidad ó su limitación, permite inducir con grandes probabilidades la extensión ó limitación al estómago, puesto que cuando carece de ella hay seguramente difusión á los órganos vecinos.

Es necesario obtener estos datos diagnósticos, porque se complementan terapéuticamente: en efecto, de la naturaleza surge la indicación operatoria; la localización la modifica ó la corrobora; y de su extensión á las vecindades nacen las contraindicaciones.

La resolución parcial ó el olvido de estos postulados ha sido el error primario para la ejecución de la mayor parte de las operaciones que no han debido efectuarse. Y en su empleo rigoroso y constante asiéntanse los fundamentos de la cirugía gástrica científica, la única que incuestionablemente ha de subsistir.

De ahí la necesidad absoluta de esta averiguación categórica en todo enfermo gástrico, como base indispensable para la determinación de la conducta quirúrgica que deba seguirse.

Por otra parte, se requiere tan sumario saber y tan escaso esfuerzo para estas relativas precisiones diagnósticas en los más de los casos, que son asequibles fácil y rápidamente con sólo poner el esmero al servicio de la buena voluntad. En muy contados enfermos existirán verdaderas dificultades para conseguirlo; son éstos los que escapan á los más y reservables particularmente al especialista, por sus conocimientos no comunes, quedando al cirujano la ejecución hábil del acto operatorio y su trato inmediato.

En la justipreciación exacta, pues, de los beneficios posibles, basada en el diagnóstico preciso del afecto, está la otra limitación racional de la cirugía gástrica, puesto que sólo pueden y deben ser intervenidos aquellos enfermos que puedan obtenerlo.

Todas las verdades médicas son relativas, por necesitar de otras para su demostración; pero aun así cabe afirmar, como hechos de certeza racional incuestionable, que con la ejecución de las intervenciones gástricas por quien debe hacerlas, y la selección concienzuda de los enfermos á intervenir, se ha de lograr el afianzamiento

de la cirugía del estómago y su saneamiento; y consecutivamente, la desaparición necesaria del nuevo grupo de cirugía nefasta que comienza á vislumbrarse junto á los de operaciones radicales y paliativas. Y el motivo para que no vengan las protestas de los que amenazan calificar de mercantilismo ciertos actos quirúrgicos.

Lo imponen así el rigor científico y los deberes para con la humanidad.

Y lo que debe ser, siempre es menester que sea.

Marzo de 1904.

EL REUMATISMO Y EL AMASAMIENTO

POR OSCAR ENGSTROM

Profesor Jefe de la clínica de Mecanoterapia en el Instituto Rubio.

En el curso de los últimos catorce años he tenido ocasión de tratar en la clientela particular los siguientes 98 casos de reumatismo, repartidos y agrupados según la región corporal que ha sido invadida, siendo localizadas todas las manifestaciones reumáticas en el terreno muscular, nervioso ó articular.

Tortícolis.

4 casos.

1	caso	curó	en	5	sesiones.
1	»	»	»	6	»
1	»	»	»	7	»
1	»	»	»	9	»
4					

Observación.—Todos estos casos se encontraron en estado agudo al principiar el amasamiento. La persona que se curó en 6 sesiones atribuye su reumatismo á un esfuerzo realizado.

Reumatismo cérvico-braquial.

25 casos.

De los cuales:

3	casos	curaron	en	1	sesión.
5	»	»	»	2	»
3	»	»	»	3	»
1	»	»	»	5	»
3	»	»	»	7	»
1	»	»	»	9	»
2	»	»	»	10	»
1	»	»	»	11	»
1	»	»	»	13	»
1	»	»	»	17	»
1	»	»	»	19	»
1	»	»	»	20	»
1	»	»	»	24	»
1	»	no mejoró	»	10	»
25					

Observación.—El caso que no mejoró en 10 sesiones, mandado por el Dr. Gutiérrez, era reumatismo nudoso en señora gruesa, linfática. El caso curado en 24 sesiones (2 diarias), mandado por el Dr. Dussac, presenta el siguiente cuadro sintomático: caída del caballo jugando al Polo, conmoción cerebral, vómitos, dolores irresistibles en el hombro y brazo izquierdos. Anestesia en las yemas de los dedos pulgar, índice y largo de la mano izquierda. En algunos de los 25 casos referidos hubo paresia muscular y dificultad en los movimientos.

Parálisis del brazo, consecutiva á reumatismo cérvico-braquial.

2 casos.

De los cuales:

1	caso	curó	en 51	sesiones.
1	»	mejoró	» 3	»
2				

Observación.—El primero de estos casos, muy crónico, se hallaba completamente incapacitado siquiera de separar el brazo del costado al principiar el tratamiento. El segundo, muy reciente, mejoró; pero tuvo la imprudencia de marcharse al campo después de 3 sesiones, y á pesar de mis consejos contrarios, por lo cual ocurrió una recaída muy pesada, que luego costó mucho trabajo combatir, pero cuya marcha ulterior y definitiva emoción se hallan fuera de mi experiencia por no haber asistido á ellas.

Lumbago.

16 casos.

De los cuales:

2	casos	curaron	en 3	sesiones.
1	»	»	» 4	»
2	»	»	» 5	»
2	»	»	» 6	»
2	»	»	» 7	»
1	»	»	» 9	»
3	»	»	» 10	»
1	»	»	» 11	»
1	»	»	» 19	»
1	»	»	» 36	»
16				

Ciática.

12 casos.

De los cuales:

1	caso	curó	en	5	sesiones.
1	»	»	»	6	»
2	»	»	»	10	»
1	»	»	»	12	»
1	»	»	»	16	»
1	»	»	»	17	»
1	»	»	»	19	»
1	»	»	»	49	»
1	»	mejoró	»	18	»
2	»	no mejoraron.			
12					

Observación.—Los 2 últimos casos, con acortamiento del miembro inferior correspondiente, no experimentaron ninguna influencia del tratamiento al parecer, y me falta el número de las sesiones invertidas. El caso que mejoró algo en 18 sesiones era producido por intoxicación general de nicotina. La ciática, curada en 5 sesiones, mandada por el Dr. Simarro, estaba en todo su apogeo. La curada en 16 sesiones, mandada por el mismo doctor, era doble y persistía tenazmente desde la fecha de seis meses al comenzar el masaje. La curada en 49 sesiones (2 diarias), mandada por el Dr. Madinaveitia, era el ataque más fuerte de ciática que he visto; y tanto es así, que este enfermo tuvo durante los primeros días síncopes repetidos, producidos por el dolor.

Reumatismo de las piernas.

4 casos.

De los cuales:

1	caso	curó	en	6	sesiones.
1	»	»	»	9	»
1	»	»	»	30	»
1	»	»	»	54	»
4					

Artritis reumática.—Estado consecutivo.—Atrofia y rigidez de tendones y ligamentos.—Exudados.

11 casos.

De los cuales:

1	caso	curó	en	7	sesiones.
1	»	»	»	10	»
1	»	»	»	20	»
1	»	»	»	23	»
1	»	»	»	24	»
1	»	»	»	25	»
1	»	»	»	40	»
1	»	abandonó el masaje después de		2	sesiones.
1	»	»	»	»	6 »
1	»	»	»	»	12 »
1	»	»	»	»	16 »
11					

Observación.—El caso curado en 23 sesiones, mandado por el Dr. Simarro, era una artritis blenorrágica en ambas rodillas, con dolores muy vivos, y fué sometido al masaje en el momento de haber pasado el período agudo. Después de veintitrés días podía el enfermo en cuestión montar en la bicicleta.

Reumatismo general ambulante, muscular y articular.—Atrofia muscular consecutiva.—Rigidez articular y pseudo-anquilosis.

24 casos.

De los cuales curaron algunos, mejoraron otros, según la paciencia de los enfermos y el grado de cronicidad del padecimiento, y en sesiones cuyo número oscila entre 8 y 180.

Observación.—El Dr. Gutiérrez me mandó, el año pasado, el siguiente caso:

Reumatismo articular deformante, de quince meses, con atrofia muscular consecutiva. Pseudo-anquilosis en ambas rodillas. Grandes tofos en todo el cuerpo, algunos del tamaño de un huevo de paloma, los cuales iban abriéndose camino y saliendo á través de la piel. El enfermo, sumamente debilitado, no tenía fuerzas para levantarse y estarse sentado, mucho menos para sostenerse en pie. Los Dres. Gutiérrez y Yagüe le habían mantenido en vida á fuerza de grandes cuidados. Después de 44 sesiones estaban despegadas ambas rótulas, y las articulaciones, algo más libres de exudados y depósitos de uratos, recobraron más juego, sobre todo la rodilla derecha. El enfermo tuvo fuerzas para pasar el día sentado en una butaca, y salir en coche. Este enfermo, una verdadera cantera de piedras, es el caso más acentuado en cuestión de reumatismo articular deformante que se puede ver y que han visto los referidos doctores.

Después del verano pasado no he vuelto á ver al enfermo, pero sé que sigue en el estado en el cual le dejé.

Tuve el mismo año otro caso por el estilo, mandado por el doctor Rozabal.

El enfermo, que padecía hace veinte meses reumatismo articular, tenía toda la musculatura más ó menos atrofiada y rígideces en todas las articulaciones, cuando no hubo pseudo-anquilosis con adherencias bien establecidas, las cuales fuí rompiendo poco á poco, como sucedió en la rodilla y codo del lado derecho. Los dos brazos se encontraban casi pegados á los costados correspondientes. A las 50 sesiones había mejorado notablemente el enfermo y recobrado el uso de sus músculos y articulaciones, y á la hora actual encuéntrase en estado muy satisfactorio, según noticias recibidas de Valladolid, donde reside.

Respecto á la patogenia del reumatismo, tratándose de pseudo-reumatismos musculares y nerviosos, ó de verdadero reumatismo articular, los autores admiten generalmente los factores siguientes:

1. Terreno artrítico: nutrición deficiente; oxidación incompleta de los productos de desasimilación; retardación en la eliminación de éstos.

2. Intoxicación por tóxicos orgánicos (ácido úrico, producido por el mismo organismo), minerales (mercurio) y vegetales (nicotina, etc.).

3. Infección é intoxicación por microorganismos, como el estreptococo, gonococo, bacilo de la gripe, bacilo tuberculoso (pseudo-reumatismo de Poncet), etc., y por el verdadero bacilo específico del reumatismo articular, desconocido hasta la fecha.

4. Macroorganismos, como, por ejemplo, la triquina.

Creo muy importante añadir otro factor, cual la *congestión*, que considero como causa ocasional, no efecto, del reumatismo. Los enfermos suelen, generalmente, atribuir su ataque á enfriamiento, humedad, mojadura, corriente de aire, golpe, esfuerzo, mala postura durante el sueño ó excesivo trabajo muscular, etc. Por eso insisto en la importancia de la coincidencia de algo capaz de producir una congestión en tejidos artríticos, ya obstruídos anteriormente por una circulación poco activa. En todos los ataques agudos se observa fuerte rubicundez en la piel que cubre la parte invadida. El músculo afectado está muy abultado y tetanizado; pierde su elasticidad, y da la impresión, cogiéndolo entre los dedos, de una maroma. Además, el factor congestión explica satisfactoriamente el éxito pronto obtenido con el masaje en los ataques agudos, porque lo que hace es activar la circulación, cortando ó abreviando de este modo el período de evolución del mismo. Algunas veces me ha parecido que, combatiendo un ataque en un sitio, sale el reumatismo simultáneamente en otro, como si fuera acelerado por el masaje. Así puede resultar que el masaje haga salir todas las manifestaciones simultáneamente y no sucesivamente, como ocurre con tanta frecuencia. Por consiguiente, se abrevia el martirio del enfermo.

En los casos agudos y muy dolorosos procedo de la manera siguiente: primero empleo el vibrador de Liedbeck, porque, además de activar la circulación en la vasos capilares, las *vibraciones mecánicas* son un analgésico de gran valor; después hago un *effleurage* muy suave, y cuando el dolor admite un tratamiento más agresivo, aplico un *pétrissage* muy enérgico, deteniéndome suficientemente en los tendones y puntos de inserción del músculo. Por último, ejecuto movimientos pasivos, cuando puede ser. Procediendo de este modo, y á sesión doble diaria durante media hora, no hay muchos ataques *agudos* de reumatismo gotoso ú otros pseudo-reumatismos

musculares ó nerviosos que resistan por muchos días. El masaje tiene que ser enérgico, pero no duro; lo cual consiste en el «doigté» que se emplea, y sucede como al tocar el piano, que son los dedos y no el brazo los que deben hacer el esfuerzo.

Respecto al reumatismo articular agudo, no tengo experiencia personal; pero los hay que aconsejan el amasamiento en estos casos, aplicando un *effleurage* suave (untadas las manos con petróleo).

Se puede hacer la objeción de que muchos reumatismos y neuralgias desaparecen sin intervención de ninguna clase. Así sucede; pero en la mayoría de los casos referidos, sobre todo en los crónicos, se había agotado todo el repertorio farmacológico: baños ordinarios y minerales, duchas, hasta el cinturón eléctrico, sin resultado.

EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA TABES DORSAL

POR EL DR. ENRIQUE FERNÁNDEZ SANZ

Conferencia dada en el Ateneo Médico-Quirúrgico.

Aunque la tabes dorsal, tal como se describe en las obras clásicas y tal como frecuentemente se observa en la clínica, parece poseer caracteres lo bastante salientes y precisos para permitir un diagnóstico rápido y exacto, no siempre se presenta con esta claridad sintomática, apareciendo sus rasgos distintivos oscurecidos, complicados por fenómenos superpuestos, brillando otras veces por su ausencia aquellos signos que se tienen por más constantes, y ofreciendo en ocasiones un conjunto sindrómico muy diferente del de la tradicional ataxia locomotriz progresiva.

De ahí que si en algunos casos puede hacerse el diagnóstico sin más que observar los movimientos del enfermo, en otros sólo se consigue al cabo de una laboriosa exploración y de una detenida discusión crítica de los hechos recogidos.

La naturaleza misma de la enfermedad nos da la explicación de esta complejidad sintomática, revelada por la multiplicidad de las formas clínicas posibles; siendo la tabes una enfermedad de todo el sistema nervioso, con lesiones esparcidas por los varios departamentos de éste, lógico es que sus manifestaciones sean heterogéneas, y que la marcha de la afección ofrezca también grandes variantes.

Si el diagnóstico de la enfermedad confirmada puede ser á veces muy laborioso, forzosamente será aún más difícil el diagnóstico precoz, el que ha de hacerse en los comienzos del proceso; y como este diagnóstico precoz, el más arduo, no ha de ser siempre obra del médico especialista en neuropatología, sino del aurista, del oftalmólogo, del urólogo, etc., á quienes acude el enfermo molestado por

diversos achaques al parecer extraños al sistema nervioso central, de ahí que, considerando este asunto de interés general, le haga objeto del presente trabajo.

El estudio del diagnóstico precoz de la tabes dorsal supone el conocimienio previo, no sólo de la evolución de la forma que pudiera llamarse típica y de los síntomas que en esta forma son de más temprana aparición, sino también de las diversas formas particulares, algunas de ellas separadas de la primera por hondas diferencias. Por eso comenzaré este estudio haciendo una brevísima enumeración de las formas clínicas de la tabes dorsal; á continuación analizaré el valor de los elementos sintomáticos que pueden permitirnos hacer el diagnóstico de la tabes incipiente; haré después el diagnóstico diferencial de la misma; y terminaré con la exposición de varios casos clínicos, fundamento práctico del presente trabajo.

I.—Formas clínicas

En la tabes dorsal, como en todas las enfermedades, descríbese, para facilitar la exposición didáctica, una forma tipo; y como derivadas de ésta, diversas variedades clínicas.

No he de detenerme en reseñar la forma tipo, porque es sobrado conocida de todos, con sus tres períodos clásicos, sus trastornos sensitivos y de incoordinación motora, sus tradicionales signos de Westphal, Romberg, Argyll-Robertson; su evolución lenta y progresiva y su ingrata terapéutica.

Las formas clínicas divídense, como de costumbre, en variedades evolutivas y variedades sintomáticas.

Entre las primeras se halla la tabes rápida, que evoluciona en unos cuantos meses, conduciendo á la muerte por caquexia, con intensa incoordinación en unos casos, con parálisis y amiotrofia en otros.

Algunas veces, después de un curso lento, como el de la forma típica, por espacio de varios años, experimenta la afección una brusca aceleración, y acaba rápidamente con el enfermo. Las formas lentas son las más comunes; pero mientras unas veces la agravación es paulatina y continua, mereciendo el epíteto de progresiva, aplicado por Duchenne á esta afección, en otras permanece estacionaria, llegando hasta la suspensión del proceso, observada muy especialmente en los casos con síntomas oculares predominantes; en ciertas ocasiones no sólo habría suspensión, sino hasta regresión de las lesiones, como lo prueba la reaparición del reflejo rotuliano, observada con independencia de todo estado hemiplégico, en algunas tabes con ceguera: esta variedad merece el nombre de tabes estacionaria. Se conocen, pues, las siguientes formas evolutivas: común

ó progresiva, rápida, lenta con agravación brusca, y estacionaria.

Todas estas formas son muy importantes para el pronóstico, pero su interés no es tan grande para el diagnóstico; bajo este concepto tienen mayor valor las llamadas formas sintomáticas. Son éstas en número indefinido; basta tener en cuenta la multiplicidad de los síntomas de la tabes, la infinita variedad de combinaciones en que pueden entrar, la heterogeneidad de los cuadros morbosos á que su asociación puede dar lugar, para justificar esta multitud de formas. Pero no todas tienen el mismo valor: hay algunas que por su frecuencia, por la constancia de sus caracteres distintivos, por el aspecto especial que comunican á la marcha de la enfermedad, merecen ser consideradas como fundamentales y ser descritas á continuación de la forma típica, como variedades primordiales de la misma. En estas formas sintomáticas principales me fijaré exclusivamente, haciendo caso omiso de todas las secundarias.

A la cabeza de esas formas debe figurar la llamada tabes cervical, bulbar ó superior; en ella predominan los trastornos de la mitad superior del cuerpo. Comienza por trastornos oculares, parálisis de los músculos extrínsecos y de la acomodación, parestesias en la esfera del trigémino, neuralgias del mismo, dolores fulgurantes en los miembros superiores; después sobrevienen trastornos sensoriales (vista, oído, olfato y gusto), alteraciones tróficas de la lengua, bóveda palatina y dientes, incoordinación muy marcada en los miembros superiores con amiotrofia de los mismos; y, por último, perturbaciones de la deglución, de la fonación, de la respiración, y en último término, de la inervación cardiaca, que simulan la parálisis gloso-labio-laríngea, y acaban con la vida del enfermo. En cambio, los miembros inferiores se muestran siempre poco afectados, pudiendo persistir el reflejo rotuliano. La evolución es relativamente rápida, pudiendo ser acortada por algún accidente laríngeo (parálisis de los dilatadores) ó por alguna complicación, como la bronco-pneumonia, motivada por la deglución imperfecta de los alimentos.

Con esta forma, de curso acelerado, forma contraste la llamada tabes amaurósica, de evolución muy lenta, caracterizada por el predominio de los síntomas oculares. Pueden ser éstos los primeros en presentarse, ó ir precedidos de otros trastornos; pero lo cierto es que cuando han llegado á alcanzar cierto grado de intensidad, ejercen una á modo de acción enfrenadora sobre el curso del proceso, deteniendo especialmente el progreso de la ataxia motora. Bien conocida es la frase de Charcot: «la pérdida de la visión aplaca á la fiera», y las proposiciones de Benedikt: «La tabes complicada con atrofia óptica es de pronóstico benigno» y «los síntomas motores de la tabes retroceden cuando aparece la atrofia del nervio óp-

tico». Serán, por consiguiente, rasgos distintivos de esta variedad la amaurosis, la escasa intensidad de la incoordinación motora y la evolución muy lenta.

Otra forma muy importante es la complicada de atrofia muscular; esta atrofia suele observarse en mayor ó menor grado en todos los casos de tabes, pero sólo en períodos muy avanzados, contribuyendo á condenar al enfermo á la inactividad. En algunas ocasiones, lejos de ser una complicación tardía y secundaria, se presenta en época relativamente temprana; y con tal intensidad y caracteres tan marcados, que produce hondas modificaciones en el cuadro clínico. Su distribución es claramente radicular, como la de la poliomielitis anterior y la de la siringomielia; suele comenzar por los miembros inferiores, interesando en ellos de preferencia á los músculos ántero-externos de la pierna, extensores de los dedos y peroneos, respetando al tibial anterior y dando lugar á la producción de un pie zambo varo-equino. Otras veces hace su presentación en los miembros superiores, alterando en primer término los músculos de la eminencia ténar ó los del borde interno del antebrazo; también se ha observado el comienzo por la región escápulo-humeral. Los caracteres de esta amiotrofia tabética son bastante precisos: hay parálisis proporcionada al grado de atrofia, pérdida de la contractilidad idiomuscular y de la excitabilidad eléctrica, pero sin reacción de degeneración y falta de contracciones fibrilares; la evolución es generalmente lenta, pero en ocasiones se acelera, dando lugar á una de las formas de tabes rápida.

La que pudiera llamarse tabes cerebral, caracterizada por la existencia de síntomas psíquicos, merece fijar nuestra atención un momento: sabido es que hay autores, como Jendrassick, que dan extraordinaria importancia á las lesiones cerebrales de la tabes, considerándolas como constantes; sabido es también que Nageotte afirma que en el cerebro de los tabéticos, aun de aquellos que no han presentado en vida síntomas mentales, se suele encontrar muy frecuentemente las lesiones de la parálisis general. Pero lo cierto es que se observa centenares de tabéticos que no presentan durante el largo curso de su afección el más ligero trastorno psíquico, y cuando éstos se muestran es con caracteres tales, que revelan la superposición de una afección nueva, de una afección ciertamente relacionada con la tabes por muy íntimas analogías, no sólo etiológicas y sintomáticas, sino también de naturaleza: de la parálisis general, en suma. Por consiguiente, creo que los casos de tabes con síntomas psíquicos deben considerarse como tabes complicadas con parálisis general.

Por último, el predominio de ciertos grupos de síntomas, tales como los laríngeos, los gástricos, los urinarios ó genitales, los audi-

tivos, etc., dará lugar á otras tantas formas clínicas en cuya descripción no me detengo, porque basta la simple enumeración de los trastornos en ellas dominantes para comprender cuáles serán sus caracteres.

Estas formas, en las que los síntomas viscerales y sensoriales son más salientes que los sensitivos y motores, son de diagnóstico difícil; y á ellas haré especial alusión en los párrafos que siguen.

II.—Análisis de los elementos del diagnóstico precoz

Una división de gran importancia práctica de los signos de la tabes es la que los separa en *latentes* y *reveladores:* éstos son apreciados por el enfermo, le descubren la alteración de su salud y le obligan á solicitar el auxilio del médico; mal observados y peor interpretados por el paciente, remotamente relacionados en muchos casos con el proceso tabético, son frecuente origen de errores diagnósticos si el médico no sabe atribuirles su verdadera significación, rectificando las equivocadas apreciaciones del enfermo. En cambio, los síntomas latentes (ignorados por el enfermo, pero descubiertos por el médico, ya casualmente, ya en el curso de una exploración sistemática) tienen extraordinario valor, pudiendo por sí solos revelar la verdadera naturaleza del proceso, rectificando además las inexactas apreciaciones sugeridas por los signos llamados reveladores.

Aunque está clasificación, como he dicho, es muy útil en la práctica, no la he de seguir en este trabajo, porque me obligaría á estudiar unidos síntomas muy diferentes, y en cambio me vería precisado á separar otros íntimamente relacionados entre sí. Me limitaré, al tratar de cada signo en particular, á indicar si es latente ó revelador, y seguiré, para su distribución en grupos, un criterio fisiológico; por tanto, estudiaré sucesivamente: 1.°, los síntomas motores; 2.°, los reflejos; 3.°, los sensitivos; 4.°, los sensoriales; 5.°, los tróficos y vasomotores; 6.°, los viscerales.

1.° *Síntomas motores.*—Examinaré: *a*) la ataxia; *b*) la hipotonía; c) la parálisis.

a) *Ataxia.*—No suele ser un síntoma precoz; ya Duchenne llamó *atáxico* al segundo período, afirmando que iba precedida la incoordinación motora de las parálisis oculares, la disminución de la agudeza visual y los dolores fulgurantes. Sin embargo, si no nos limitamos á la simple observación de la marcha, si nos valemos de ciertos artificios, podremos apreciar en el período incipiente de la tabes algunas evidentes perturbaciones de la coordinación motora.

Deben analizarse las contracciones musculares de conjunto y las aisladas de los diversos segmentos del cuerpo, tanto cuando deter-

minan cambios de lugar, como en las posiciones de equilibrio; así apreciaremos la llamada *ataxia dinámica* y la *ataxia estática*. La incoordinación dinámica de conjunto se refiere á los trastornos de la marcha, y la estática de conjunto á los de la bipedestación.

La marcha puede no parecer, á primera vista, perturbada en el estado inicial de la tabes; pero si realmente de esta afección se trata, un oído perspicaz descubrirá un signo muy precoz, el taloneo, choque brusco del talón contra el suelo, provocado por una contracción muscular de inadecuada fuerza. Además, seguramente podremos hacer evidentes algunos trastornos valiéndonos de los medios siguientes: 1.° Se coloca al enfermo en una habitación amplia, bien iluminada, y se le hace evolucionar á la *voz de mando;* al oir ésta tendrá inmediatamente que romper á andar, y se parará en firme al oir la voz de alto; si se trata de un tabético, no podrá ejecutar estas maniobras con la precisión debida; tanto al echar á andar, como sobre tedo al pararse de repente, se observará en él cierta inseguridad, revelada por las oscilaciones del tronco y los movimientos inoportunos de los miembros; no se detendrá con los dos pies unidos, al mismo nivel, sino que tendrá que colocar uno delante ó detrás, para evitar una caída inminente. 2.° Si la prueba anterior no ha dado resultado, se sentará al enfermo en una silla, ordenándole levantarse á la voz de mando y echar á andar en el acto; se observará que, lejos de hacerlo así, al ponerse en pie se detiene, vacila, y sólo al cabo de un momento, cuando parece que ha recobrado el equilibrio, es cuando echa á andar. 3.° Si tampoco por esta prueba se revela la incoordinación motora, se hará andar al enfermo de puntillas y con las piernas en semiflexión; la marcha en esta actitud requiere un perfecto dominio de la coordinación muscular, por lo que raros son los tabéticos, por incipientes que sean, que pueden andar en esa posición. 4.° Para mayor seguridad, puede repetirse la prueba anterior, pero con los ojos cerrados. 5.° Por último, puede hacerse bajar una escalera al enfermo de puntillas. Si estas dos últimas pruebas no dan resultado, puede afirmarse que la coordinación motora es perfecta: podrá ser el paciente un tabético, pero su función ordenadora de la contracción muscular no diferirá en nada, *por entonces*, de la de un individuo sano. Estos procedimientos revelan la incoordinación latente. En algunos casos, y dentro del mismo período inicial, puede la incoordinación manifestarse como signo revelador: un individuo que se juzga completamente sano se levanta una noche á oscuras y observa con asombro que no es dueño de sus movimientos, que no va directamente adonde quiere, que sus miembros no se mueven con el correcto automatismo de antes; enciende una luz, y el trastorno desaparece, los movimientos se hacen con la precisión acostumbrada, dejándole en la duda de si estaría bien des-

pierto; pero repite la prueba, siempre con el mismo resultado, y, justamente alarmado, acude á consultar al médico. Este fenómeno no es más que una aplicación de la ley que establece que la incoordinación motora del tabético se exagera con la oscuridad ó la oclusión de los ojos.

La imposibilidad de mantener el equilibrio en la estación bípeda, con los ojos cerrados, constituye el clásico signo de Romberg, considerado como uno de los más importantes de la tabes, constitutivo con el de Argyll-Robertson y el de Westphal de la llamada triada sintomática de esta enfermedad; pero no creo que pueda compararse, en cuanto á valor diagnóstico, con los dos últimos. Grasset asegura que es un síntoma de patogenia psíquica, una verdadera *fobia:* el miedo á caerse es causa de la caída; y por consiguiente, no estando directamente subordinado á las lesiones propias de la tabes, no puede equipararse en importancia con los síntomas antes citados.

Es de muy frecuente ocurrencia en la neurastenia, y su presentación aislada no puede autorizarnos á diagnosticar la tabes; pero si se observa en unión de alguno de los otros síntomas de presunción, no puede negarse que contribuye á esclarecer un diagnóstico dudoso.

Al explorar este signo pueden ocurrir varias incidencias: ó el sujeto permanece en equilibrio estable, ó vacila, describe con el cuerpo oscilaciones cada vez más amplias, hasta caer al suelo si no es oportunamente sujetado; ó bruscamente, en el momento de cerrar los ojos, dóblansele las piernas y cae al suelo como una masa inerte (este curioso fenómeno es el *giving way of the legs* de los autores ingleses). En el primer caso, podemos decir que el sujeto no presenta el signo de Romberg, pero no debemos por esto solo desechar el diagnóstico de tabes: los dos últimos hechos son indicios de presunción de tabes.

En el estado normal la bipedestación es más estable con los ojos cerrados que con los ojos abiertos; en este último caso oscila el vértex en sentido ántero-posterior, en una extensión media de cuatro centímetros y lateralmente dos centímetros; mientras que con los ojos cerrados la oscilación se reduce, en sentido ántero-posterior, á tres centímetros, por término medio.

Lo inverso ocurre con los tabéticos: en ellos la oscilación es mayor con los ojos cerrados que con los ojos abiertos. Estas oscilaciones se hacen más evidentes usando el *ataxígrafo*, aparato muy sencillo, que consiste en un casquete adaptado á la cabeza del sujeto, y provisto de un estilete vertical, impregnado en tinta ó montado con un lápiz: este estilete marca las oscilaciones del sujeto en una superficie blanca (papel ó tela), muy ligeramente cóncava hacia abajo, colocada á la altura conveniente; así se obtienen *ataxigramas*,

con los ojos abiertos y cerrados, que permiten comparar la magnitud relativa de las oscilaciones y sus variaciones durante el curso del proceso.

Hasta aquí he considerado la ataxia en la bipedestación como un síntoma latente; puede también manifestarse como síntoma revelador, por ejemplo: por la pérdida de equilibrio motivada por la oclusión accidental de los ojos al secarse el rostro con una toalla, etc.

Ataxia de los miembros, del tronco, de la cara, etc.: sólo es importante para el diagnóstico precoz la de los miembros; la del tronco y cara no suele presentarse hasta los períodos avanzados. La ataxia de los miembros se evidencia por procedimientos muy sencillos y sobradamente conocidos, por lo que no he de insistir sobre ellos: para los miembros inferiores se hace al enfermo poner la punta del pie en un punto determinado del pavimento, ó estando acostado se le obliga á colocar el talón de un pie sobre el dorso del otro, ó sobre la rodilla opuesta, etc.; puede repetirse esta prueba con los ojos cerrados, exagerándose así la incoordinación, caso de que exista.

En cuanto á los miembros superiores, se ordena hacer movimientos finos: juntar una á una las yemas de los dedos, llevarse uno de éstos á la nariz ó á la oreja opuesta, abrocharse los vestidos; todo ello con los ojos abiertos primero, y cerrados después. La ataxia de los miembros superiores puede ser signo revelador para aquellos enfermos que por razón de su profesión tienen que hacer con ellos movimientos delicados: un pianista se equivocará de notas, una costurera se pinchará los dedos, y todos los que sepan escribir observarán muy pronto una alteración de la escritura, en la que gráficamente se revelarán los trastornos incipientes de la coordinación, haciéndose desigual y mal alineada.

b) Hipotonia.—Fränkel llama así á la movilidad anormal de las articulaciones, que da lugar no sólo á la mayor extensión de los movimientos fisiológicos, sino también á la producción de otros anormales, como la flexión anterior de la rodilla; la distingue Fränkel de la *relajación*, que es para él la flacidez muscular, apreciable por la palpación: en aquélla deben intervenir no sólo esta flacidez muscular, sino también alteraciones articulares.

La hipotonia no es un síntoma precoz: bien manifiesta, sólo se aprecia en los períodos avanzados; sin embargo, en el estado inicial puede ya percibirse una amplitud anómala de los movimientos, una soltura en el juego de las articulaciones, que contribuye no poco á exagerar la falta de precisión motora.

c) Parálisis.—Los trastornos paralíticos son en extremo frecuentes en la tabes, revistiendo diversas formas y siendo de patogenia

múltiple: son debidos muchas veces á alteraciones neuríticas, otras á lesiones de los cordones medulares laterales, y no pocas á perturbaciones cerebrales; recuérdese la subordinación de la tabes á la sífilis, y fácilmente se comprenderá que esta infección puede dar lugar, localizándose en diversos territorios del sistema nervioso, á trastornos paralíticos. Pero estas parálisis se presentan con preferencia en el último período de la enfermedad, al que dió Duchenne el nombre de paralítico; por eso no nos interesan para el diagnóstico precoz. Hay, no obstante, dos formas de parálisis de aparición temprana, y por esta razón las describiré con detalle: una de ellas es la parálisis facial, y la otra la paraplegia flácida de Dejerine.

La parálisis facial se presenta en el período inicial de la tabes, con la misma significación y los mismos caracteres generales que las parálisis oculares: como éstas, es frecuentemente disociada, es decir, afecta sólo al facial inferior; otras veces es total; puede ser uni ó bilateral, presentarse aislada ó ir acompañada de parálisis del masticador, del hipogloso, etc., simulando la parálisis gloso-labio-laríngea. Se observa de preferencia en los casos de tabes cervical.

La paraplegia flácida de Dejerine es de aparición brusca y de duración escasa, aunque suele recidivar con frecuencia. Dicho autor dice que se presenta después de las crisis de dolores fulgurantes, y la considera como un fenómeno de inhibición, de agotamiento, provocado por la intensidad de los dolores.

De las parálisis oculares y laríngeas me ocuparé en otro lugar.

2.° *Reflejos.*—La abolición del reflejo rotuliano, el signo de Westphal, es uno de los síntomas más de antiguo conocidos, de los más precoces y de los más seguros para hacer el diagnóstico de la tabes: su importancia sólo puede compararse con la del signo de Argyll-Robertson, y es infinitamente superior á la del de Romberg; sin embargo, puede observarse en varios estados patológicos, distintos de la tabes, y en ésta puede faltar. En los casos de tabes cervical, es muy frecuente observar la persistencia del reflejo rotuliano, así como en aquellos en que las lesiones comienzan por la porción inferior de la médula, antes de que lleguen á interesar á los segmentos medulares lumbares 3.° y 4.°, en los que radica el centro de este reflejo. En algunas muy raras ocasiones, se ha visto reaparecer este reflejo: unas veces en virtud de una hemiplegia superpuesta; otras, por los progresos de las lesiones oculares; anteriormente me he ocupado ya de este último punto.

El reflejo del tendón de Aquiles sigue la misma suerte que el rotuliano; pero hay casos de persistencia de aquél con abolición de éste, y viceversa: según Babinski, estos últimos casos (abolición del de Aquiles y conservación del rotuliano) serían tan frecuentes como los primeros.

En la forma común de la tabes, los reflejos tendinosos del miembro superior persisten hasta una época avanzada. A la inversa, en las tabes cervicales, son los primeros que desaparecen: sólo en este caso tienen valor como medio de diagnóstico precoz.

Los reflejos cutáneos de la planta del pie, cremasteriano, bulbocavernoso, anal, abdominal, epigástrico, etc., están disminuídos ó abolidos desde los comienzos de la enfermedad. Su estado está íntimamente relacionado con el de la sensibilidad en las regiones respectivas.

3.° *Síntomas sensitivos.*—Desde la época de Duchenne se consideran estos síntomas, en sus variadas manifestaciones, como de los más precoces, ocupando lugar importante en el período preatáxico. Los trastornos sensitivos deben estudiarse en cuanto á su distribución topográfica y en cuanto á sus cualidades. Todas las modalidades de la sensibilidad superficial y profunda pueden estar afectadas, pero todas ellas ostentan cierta uniformidad en sus perturbaciones.

La distribución es radicular: la región primitivamente afecta ocupa el territorio correspondiente á las raíces cervical 8.ª y dorsales 1.ª, 2.ª, 3.ª, 4.ª, 5.ª y 6.ª, dibujando una zona transversal que abarca el tórax, desde la axila hasta la cintura, con una estrecha banda longitudinal que se extiende á lo largo de la cara interna del brazo y antebrazo y borde interno de la mano. En los miembros inferiores, los trastornos sensitivos ocupan el territorio de la 5.ª raíz lumbar (cara posterior del muslo y pierna) y de la 1.ª sacra (cara externa de la pierna y planta del pie). Esta es la localización observada en la mayoría de los casos: rara vez comienzan las alteraciones en los miembros superiores por los territorios de las raíces cervicales 5.ª y 6.ª (cara externa del miembro), y en los inferiores por los de las sacras 3.ª y 4.ª (nalgas, periné, órganos genitales y ano). Esta distribución radicular es, sobre todo, evidente en el período inicial, constituyendo un poderoso elemento de diagnóstico diferencial con los trastornos sensitivos análogos observados en el histerismo y en las polineuritis.

Pasemos al estudio de las diversas modalidades de los trastornos sensitivos. Se han dividido en subjetivos y objetivos, con notoria impropiedad, pues subjetivos son todos; más vale distinguirlos, como hace Dejerine, en espontáneos y provocados.

Los trastornos sensitivos espontáneos comprenden las parestesias diversas y los dolores. Las primeras, aunque de aparición muy precoz, tienen valor muy escaso, por la multitud de estados patológicos en que pueden presentarse con los mismos caracteres: son sensaciones vagas, pasajeras, muy variables, de cansancio, de frío, de picoteo, de hormigueo, de acorchamiento, etc.; son erráticas, va-

riando de lugar con mucha facilidad, y su intensidad siempre es moderada; pueden ser para el enfermo signos reveladores de que su salud se altera, pero el médico no puede tomarlas como seguros fundamentos de juicio.

En cambio, los dolores son un valiosísimo elemento diagnóstico: su precocidad, la precisión de sus caracteres distintivos, su evolución peculiar, todo contribuye á realzar su importancia; entre los signos reveladores, son seguramente los más frecuentes y de los más fidedignos. Estos dolores no son continuos: se agrupan por accesos, constituyendo las llamadas crisis dolorosas, de muy variable duración y de intensidad también muy diversa. No se presentan siempre con los mismos caracteres, habiéndoseles por eso calificado con diversos epítetos: dolores fulgurantes, lancinantes, terebrantes, constrictivos, etc.; los unos corren á lo largo de los miembros con extraordinaria rapidez, como una sacudida eléctrica; otros son también de duración instantánea, pero permanecen localizados en un punto; otros son algo más prolongados, simulando la perforación de las partes afectas; otros, más duraderos aún, imitan la compresión de los miembros ó del tronco. Pero cualquiera que sea la variedad á que pertenezcan, en todos ellos pueden apreciarse, como caracteres generales, la gran intensidad de la sensación dolorosa, la agudeza, la duración relativamente corta, la agrupación en forma de accesos, que se repiten á cortos intervalos, dejando durante largas temporadas tranquilo al paciente; son, sobre todo, frecuentes é intensos en el primer período, atenuándose, y aun desapareciendo, á medida que avanza la evolución del proceso. Se distinguen de los dolores neurálgicos por la falta de puntos dolorosos especiales, por su simetría, por su corta duración. El diagnóstico diferencial con los dolores producidos por las compresiones medulares, no siempre fácil, se hará más adelante.

Las crisis dolorosas que asientan en los órganos internos, muy importantes también, serán expuestas al tratar de los síntomas viscerales.

Trastornos sensitivos provocados. — Pueden afectar á las sensibilidades superficiales y á las profundas. Tienen la particularidad de que, aunque son en la mayoría latentes, puede el enfermo darse cuenta de ellos, sobre todo de los tactiles y de los profundos, causándole notables molestias (pérdida de la sensación de resistencia del suelo, de la noción de posición de los miembros). Contrasta esta condición con la observada en las histéricas, á las que no parece incomodar en lo más mínimo ni perturbar en el normal ejercicio de sus funciones la existencia de anestesias, por acentuadas y extensas que sean: una histérica puede tener completamente anestesiada una mitad del cuerpo sin darse cuenta de ello, sin que por esto experi-

mente la menor contrariedad; en cambio, el tabético percibe achaques múltiples por efecto de sus anestesias.

La sensibilidad superficial se muestra alterada, en sus modalidades tactil, dolorosa y térmica: la primera se presenta disminuída, con aumento de los círculos diferenciales de Weber, errores de localización y adición de sensaciones; es decir, que hay que repetir las impresiones tactiles para que determinen la sensación.

El trastorno más importante de la sensibilidad dolorosa consiste en el *retardo de la percepción;* puede haber además errores de interpretación de la naturaleza de la sensación (pinchazo percibido como quemadura ó como frío), y errores de localización; en el período inicial puede también apreciarse hiperestesia dolorosa, coincidiendo con la hiperestesia tactil.

La sensibilidad térmica se conserva intacta más tiempo que las anteriores, pudiendo en ocasiones observarse un tipo de disociación sensitiva inverso de la siringomielia: abolición ó, por lo menos, disminución de las sensibilidades tactil y dolorosa, y conservación de la térmica. Alguna vez se ha observado la disociación siringomiélica. La hiperestesia al frío es bastante frecuente.

Sensibilidades profundas.—Su conocimiento dista mucho de ser perfecto; y como varios de los términos con que se designan sus variedades son impropios, no me extenderé en este punto, limitándome á señalar los datos más importantes para el diagnóstico precoz de la tabes.

La noción de posición y la noción de movimiento, que no son exclusivamente debidas al llamado sentido muscular, sino que son la resultante compleja de múltiples sensibilidades profundas (tendinosas, articulares, ligamentosas, etc.), están prontamente alteradas en la tabes dorsal: el enfermo, á oscuras ó con los ojos cerrados, ignora la posición de sus miembros; no puede copiar con uno de ellos la actitud que se da al homólogo, ni describir esta actitud, ni calcular el peso de los objetos que mueve, ni la extensión ni la dirección de los movimientos.

Todo lo dicho se aplica á la sensibilidad articular, que es, en gran parte, responsable de los trastornos de la noción de posición y de movimiento que acabo de enunciar.

La sensibilidad ósea, explorada por medio del diapasón vibrante, se encuentra muy frecuentemente abolida en época temprana.

La exploración de la sensibilidad de los troncos nerviosos puede revelarnos dos signos precoces; el de Biernacki, ó analgesia del cubital en la corredera de la epitróclea, y el de Betcherew, ó analgesia del ciático-poplíteo externo á nivel de la cabeza del peroné.

El sentido estereognóstico puede estar abolido, aun en los casos de integridad de la sensibilidad tactil de la mano.

Por último, las sensibilidades viscerales serán estudiadas más adelante.

4.° *Trastornos sensoriales.* — Los más numerosos é importantes son los visuales; también son interesantes los auditivos; en cuanto á los olfatorios y gustativos, son escasos y de orden secundario.

Síntomas oculares de la tabes dorsal incipiente.—Interesan á la musculatura intrínseca y extrínseca, y al nervio óptico y su expansión retiniana.

Todos ellos son muy importantes, pero entre todos se destaca, por su excepcional relieve, el llamado signo de Argyll-Robertson. Es éste indiscutiblemente el signo tabético de mayor valía, más seguro aún que el de Westphal, que es el que le sigue en categoría; y no ciertamente por su constancia, aúnque raros son los casos en que falta, ni porque no se observe en otros procesos, pero muy contados (parálisis general), sino, sobre todo, porque permite la distinción entre la tabes y aquellos estados que más fielmente la simulan: las polineuritis de tipo tabético, ó pseudo-tabes periféricas, especialmente. El signo de Argyll-Robertson, abolición del reflejo pupilar á la luz con persistencia del reflejo á la acomodación, sólo puede ser determinado por una lesión central situada entre los tubérculos cuadrigéminos anteriores y los núcleos del óculo-motor; por esta razón, es el criterio más fidedigno para deslindar lo periférico de lo central.

Este signo es muy precoz, más aún que el de Westphal: en un principio no se presenta en absoluto típico, sino atenuado. Es decir, que sólo hay pereza de la reacción pupilar á la luz, pero no abolición completa; con esta salvedad puede decirse que es rarísimo el caso de tabes que no presenta este signo. Puede ser excepcionalmente intermitente, hecho curioso observado por Eichvorst. En una época más avanzada puede también desaparecer el reflejo á la acomodación, así como el doloroso, quedando la pupila inerte. Otro síntoma pupilar es el llamado signo de Pilcz, consistente en la contracción de la pupila, consecutiva á una enérgica contracción del orbicular de los párpados; puede coincidir con la abolición de los reflejos luminoso y acomodaticio, y se observa con más frecuencia en los individuos tabéticos que en los sanos.

Las pupilas pueden presentarse en miosis, en midriasis ó desiguales: la miosis es más frecuente al principio, tan exagerada á veces, que parecen las pupilas puntas de alfiler; la midriasis se observa de preferencia en época ulterior, cuando hay ya lesiones avanzadas del fondo del ojo.

Las parálisis oculares son síntomas reveladores de gran importancia: de improviso encuéntrase el sujeto con profundos trastornos de la visión; los objetos aparecen confusos, deformados, frecuente-

mente dobles; la diplopia puede ser tan molesta que obligue al enfermo á ocluir uno de los ojos (generalmente el más afectado por la parálisis, porque es el que da la imagen más borrosa), para anular una de las imágenes; secundariamente se producen vértigos, y la función del equilibrio se perturba.

Estas parálisis del primer período de la tabes tienen caracteres bastante precisos: son parcelarias, disociadas y fugaces; afectan á músculos inervados por varios nervios, y no interesan á todos los músculos animados por un solo nervió; las más frecuentemente observadas son las del elevador del párpado y de los rectos laterales (interno y externo); su duración es transitoria, y por eso su pronóstico en sí es benigno, pero grave, porque revela la existencia de un proceso incurable.

Lesiones del fondo del ojo.—Su frecuencia es considerable; y como generalmente, cuanto más pronunciadas son, más lenta es la evolución de la tabes y más atenuados los síntomas motores, de ahí el que muchos tabéticos vivan largos años sin presentar más síntomas notorios que los visuales. Consisten éstos, subjetivamente, en una debilitación progresiva de la agudeza visual, que llega por desgracia en muchos casos hasta la amaurosis, en discromatopsia y en estrechamiento del campo visual; objetivamente se observan importantes alteraciones papilares.

La ambliopía es de progresión lenta, tardando varios años, tres, por término medio, en llegar á la amaurosis; en cuanto al estrechamiento del campo visual, sólo puede decirse que es concéntrico, irregular, sin escotomas centrales. La discromatopsia comienza por el verde, sigue por el rojo, el amarillo, y en último término el azul.

El examen oftalmoscópico revelará las alteraciones de la papila. Consisten éstas en la atrofia llamada nacarada ó gris: la papila no forma relieve, pero conserva sus bordes limpios y netos, más aún que en estado normal; los vasos que la surcan se van haciendo más escasos y estrechos, comenzando la decoloración por la porción nasal, que bien pronto presenta una blancura insólita, sobre todo comparada con la porción temporal; después esta blancura se extiende á toda la papila, haciéndose los vasos cada vez más delgados. En algún caso avanzado, he podido apreciar que la papila presentaba un aspecto análogo al de la lesión dérmica conocida con el nombre de rupia, ó más vulgarmente al de la concha de una ostra; pareciendo estar constituída por una estratificación de costras grisáceas, con reflejos nacarados en algunos puntos. Al tratar del diagnóstico diferencial haré la distinción entre esta papila tabética y otros estados que á ella se asemejan.

Síntomas auditivos.—Si conociéramos el aparato central y periférico de la audición, como conocemos el de la visión; si dispusiéra-

mos de medios para explorar las lesiones profundas de aquél, como los que poseemos para investigar las de éste; si nos fuera dado discernir lo que en la sintomatología pertenece á los diversos tramos de las vías acústicas, como sabemos distinguir los síntomas debidos á alteraciones del nervio óptico, de las producidas por la de la bandeleta, radiaciones ópticas, centros inferiores y superiores, etc., indudablemente que la semiología acústica de la tabes sería tan rica, tan interesante y tan valiosa para el diagnóstico, como su semiología óptica. Pero la penuria de nuestros conocimientos en este asunto se refleja en la escasez de las conclusiones diagnósticas que podemos deducir del examen del aparato auditivo de los tabéticos. Los síntomas de este orden que se observan en estos enfermos son muy vulgares: zumbido de oídos, sordera, vértigos; es la sintomatología común de numerosos estados patológicos del aparato auditivo y del encéfalo, y ningún rasgo característico presentan en la tabes. La exploración del oído externo y medio nos revelarán la integridad de estas partes; las pruebas de Rinne y de Weber demostrarán que la lesión está en el aparato de recepción, no en el de trasmisión, pero nada más podremos saber. Las autopsias nos enseñan que las lesiones radican primitivamente en las raíces laberínticas: para algunos autores, esta lesión laberíntica es la responsable del signo de Romberg; pero este síntoma es de patogenia muy compleja, interviniendo en su producción diversos factores.

Síntomas olfatorios y gustativos.—Son muy poco importantes: consisten, en el período inicial, en perversiones de la sensación y exaltación de la misma (crisis de hiperosmia); más adelante hay abolición de estas sensaciones.

5.° *Síntomas tróficos y vasomotores.*—Los trastornos tróficos afectan á los músculos, á las articulaciones, á los huesos, á la piel.

La amiotrofia, síntoma muy común de la tabes, lo es sólo en los períodos avanzados: al principio sólo es notable en la forma llamada amiotrófica; su presencia conicaracteres marcados de intensidad y precocidad, asociada á otros signos tabéticos, debe hacernos sospechar la existencia de un hibridismo (tabes y siringomielia, ó tabes y poliomielitis anterior). La hemiatrofia lingual es un fenómeno muy curioso; pero como se observa con los mismos caracteres que en la tabes en las afecciones bulbo-protuberanciales, en la parálisis general y en la siringomielia, tiene muy escaso valor diagnóstico.

Los trastornos tróficos articulares tienen su más completa representación en la artropatía tabética; sus caracteres son la indolencia, la tumoración, la dureza (edema elefantiásico); puede alcanzar grandes proporciones y á la larga se acompaña de alteraciones de las extremidades óseas; afecta de preferencia á la rodilla, cadera y hombro, y se observa con alguna frecuencia en el período preatáxico.

Las alteraciones óseas consisten esencialmente en la rarefacción del tejido, que da lugar á la producción de fracturas espontáneas, indolentes, no acompañadas de derrame sanguíneo ni de equimosis y separadas por un callo exuberante; no suelen ser accidentes del período inicial.

Los trastornos tróficos de la piel son muy variados, quitándoles esta misma variabilidad todo valor diagnóstico; consisten en lesiones de eczema, ectima, urticaria, edemas; y en un grado más avanzado edema duro, lipomatosis simétrica, elefantiasis cutánea.

Como trastornos tróficos complejos merecen citarse los males perforantes; el más frecuente, el mejor conocido es el plantar, del que no puede decirse que sea siempre de origen tabético, pero que debe considerarse como un importante síntoma precoz de esta afección. El concepto de mal perforante se ha hecho extensivo, con exactitud muy dudosa, á otros procesos ulcerosos: así se ha descrito un mal perforante palatino, un mal perforante nasal; se ha tenido por tal la caída de los dientes; y ¡hasta la insuficiencia aórtica, que algunos autores señalan como frecuentemente asociada con la tabes, es considerada como el resultado de un mal perforante valvular! Semejantes conclusiones son inadmisibles, erróneas á todas luces, y comprometedoras (por su exageración) de la misma teoría que tratan de apoyar.

De todos estos males perforantes, verdaderos ó falsos, sólo el plantar suele encontrarse en las tabes incipientes, relacionado con los trastornos neuríticos que en ellas pueden existir.

En cuanto á los trastornos vasomotores, exceptuando los relacionados con otras manifestaciones viscerales, no tienen importancia alguna.

6.° *Síntomas viscerales.*—Son tan numerosos como variados, y contribuyen no poco á la multiplicidad de las formas clínicas de la tabes. Están constituídos por la agrupación de trastornos sensitivos, motores, tróficos, secretorios y de funciones especiales, localizados en un órgano ú aparato determinado. Unos son constantes, casi siempre ignorados por el enfermo, y podrían denominarse estigmas tabéticos; los otros son agudos, episódicos, de gran intensidad generalmente, y se agrupan por series, constituyendo las llamadas crisis viscerales. Estudiaré rápidamente todos estos síntomas, siguiendo un criterio anatómico.

Manifestaciones en el aparato respiratorio.—Las más importantes son indiscutiblemente las laríngeas: su precocidad es notable, sus variedades múltiples, su intensidad tal, que pueden algunas veces acabar con el enfermo; no sólo tienen importancia diagnóstica, demostrada por lo temprano de su aparición y lo característico de sus cualidades, sino también pronóstica, pues revelan lesiones

bulbares amenazadoras para la vida del paciente. Procediendo con arreglo á la clasificación que he enunciado, encontraremos en la laringe como estigmas permanentes las anestesias y las parálisis, y como accidentes las crisis laríngeas. Las anestesias sólo tienen de particular el peligro de asfixia ó de bronco-pneumonia por deglución defectuosa, si alguna porción del bolo alimenticio se introduce en las vías aéreas. Las parálisis, muy frecuentes y muy precoces, se manifiestan bajo diversas formas; pero la típica, la parálisis laríngea por excelencia, es la de los dilatadores, que dificulta la entrada del aire y da lugar á disnea, cornaje y tiraje, pero sin llegar á la apnea absoluta; para que ésta se produzca es preciso que haya además de parálisis de los abductores, espasmo de los adductores, determinando la oclusión hermética de la glotis. La parálisis de los adductores, más rara que la anterior, da lugar á modificaciones de la voz (voz bitonal). Por último, como estigma laríngeo permanente puede observarse la ataxia de las cuerdas vocales, que produce también perturbaciones de la voz; el diagnóstico exacto de todas estas formas sólo puede hacerse por el examen laringoscópico.

Las crisis laríngeas, muy precoces también, son de variada sintomatología: en su forma más sencilla consisten en sensación de picor en la garganta, seguida de un acceso de tos intensa, pertinaz, seca; en las formas más complicadas hay sensación de vértigo, apnea, *ictus*. La existencia de estas crisis, no justificada por ninguna lesión de la laringe ni de los nervios que la animan, nos hará pensar en la tabes.

Estas crisis se distinguen de las demás crisis viscerales en que no son dolorosas.

Otras manifestaciones respiratorias se han descrito, como los accesos de disnea, de broncorrea, etc., pero no tienen ningún interés práctico; sólo son reveladoras de la localización cervical de las lesiones tabéticas.

Las manifestaciones circulatorias, pseudo-angina de pecho, palpitaciones, taquicardia, etc., tampoco tienen importancia para el diagnóstico precoz.

Manifestaciones digestivas.—El primer lugar entre ellas corresponde á las crisis gástricas; pueden éstas preceder tan remotamente á los demás síntomas manifiestos de la tabes, pueden presentarse durante tan largo espacio de tiempo aisladas, con aspecto autóctono, que no es de extrañar que se haya equivocadamente tenido por enfermos primitivamente gastrópatas, y se haya tratado exclusivamente como tales, á muchos tabéticos. Para evitar tales errores diagnósticos y terapéuticos, es preciso conocer á fondo la sintomatología de esas crisis, sus condiciones de presentación y las circunstancias concomitantes. La crisis gástrica, en su forma completa,

está constituída por la asociación del dolor y de la hipersecreción; pero hay formas gastrálgicas puras, como las hay también simplemente sucorreicas. El enfermo experimenta un intenso dolor epigástrico, irradiado á la espalda; después aparecen vómitos, que si persisten pueden hacerse sanguinolentos; hay intolerancia gástrica absoluta; como síntomas secundarios se observa ansiedad precordial, taquicardia, algidez. Las crisis duran dos ó tres días y desaparecen como se han presentado, bruscamente; en el intervalo de las crisis hay integridad de las funciones digestivas, siendo el quimismo gástrico normal; durante la crisis hay hipersecreción con superacidez clorhídrica. En algunos casos se repiten con desoladora frecuencia, mientras que otros enfermos sólo sufren una ó dos crisis durante todo el curso de su enfermedad.

Como estigmas gástricos, pueden citarse la analgesia epigástrica á la compresión y la anorexia.

Las crisis intestinales, mucho menos frecuentes é importantes que las gástricas, consisten en accesos de diarrea incoercible, rebelde á los anticatárticos, pero que suelen obedecer á los medicamentos nervinos; á la inversa de lo que ocurre con las crisis gástricas, las diarreicas no suelen ser dolorosas. No es raro que los tabéticos se lamenten de padecer pujos y tenesmo rectal, y defecación imperiosa, con imposición de realizar el acto tan pronto como el deseo es sentido.

Manifestaciones en el aparato urinario.—Son muy dignas de fijar nuestra atención por su precocidad, por su frecuencia, por las molestias que causan al enfermo y por los errores de diagnóstico á que pueden dar lugar.

Uno de los signos urinarios más precoces es la micción imperiosa: tan pronto como el enfermo siente el deseo de orinar, tiene que apresurarse á expulsar la orina, pues es incapaz de mantenerla en la vejiga. Este signo sólo indica que hay una lesión medular, pero no puede considerarse como un síntoma específico de tabes, pues es constante su presencia en muchas afecciones de la médula, sobre todo en la sífilis medular, cualquiera que sea la forma que adopte.

Otros enfermos, por el contrario, se quejan de *pereza vesical*: les cuesta trabajo romper á orinar, la emisión de la orina es lenta, á veces interrumpida, y no siempre completa, quedando un residuo en la vejiga; esta orina residual puede dar lugar á graves infecciones vesicales.

Otro estigma permanente es la anestesia vesical, revelada por la pérdida de la sensación de la necesidad de orinar: los enfermos orinan por *convicción*, porque saben que deben orinar, pero no por que experimenten deseos; otros no orinan ni por convicción ni por necesidad, y llega á establecerse la incontinencia por retención.

En un período más avanzado, nos encontraremos con la incontinencia, la retención y la incontinencia por retención: en este caso, la orina se vierte continuamente, gota á gota; en el de incontinencia simple, es expulsada á cortos intervalos en muy reducidas cantidades.

Todos estos trastornos pueden persistir durante largo tiempo, pero son también susceptibles de desaparecer, restaurándose la integridad de las funciones urinarias.

Como manifestaciones paroxísticas, merecen citarse las crisis vesicales, con deseo no justificado de orinar y dolores urentes, con sensación de cuerpo extraño á lo largo de la uretra y en el cuello de la vejiga.

Las crisis poliúricas no necesitan explicación, y las crisis nefríticas imitan muy fielmente al cólico nefrítico: el diagnóstico con éste es en ocasiones muy difícil.

La fórmula urinaria del tabético carece de caracteres precisos; se han señalado como tales la disminución de la urea y de los fosfatos, y el aumento de los cloruros y de la cantidad total de orina. La glicosuria haría sospechar la localización bulbar del proceso.

Manifestaciones genitales.—Son frecuentes, prematuras y de las que más alarman á los enfermos. En los comienzos de la afección, cuando aún no se ha hecho manifiesta, suele observarse una excitación genital que impulsa al paciente á cometer abusos sexuales; así se explica que los autores antiguos concedieran lugar preeminente, en la etiología de la tabes, á los excesos venéreos, tomando por causa lo que sólo es efecto; más adelante, la eyaculación es demasiado rápida, llegando á hacer imposible el coito, pues se verifica antes de todo contacto (Dejerine). Á esta fase inicial de excitación sigue otra de depresión, con erecciones incompletas primero, y nulas después, pérdida de los deseos venéreos, y por fin atrofia testicular en algunos casos; con esta fase de depresión coincide la analgesia testicular y la abolición del reflejo bulbo-cavernoso.

En la mujer se observan síntomas análogos: excitación genésica al principio, revelada á veces por paroxismos de orgasmo venéreo, llamados crisis clitorídeas; después sobreviene la anestesia vaginal y la frigidez genital.

Estos síntomas genitales son muy importantes, pues estando bien interpretados pueden ponernos sobre la pista de una tabes incipiente. Los síntomas genitales de la neurastenia, únicos con los que pudieran confundirse, poseen suficientes caracteres distintivos.

La detallada discusión sintomática precedente nos ha demostrado que al lado de signos de valor muy dudoso se encuentran otros de positiva importancia diagnóstica. Estos pueden dividirse en dos grupos: unos son importantes en sí, porque constituyen los sín-

tomas característicos de la tabes; otros son interesantes y dignos de detenido estudio, porque si no se conocen bien, pueden dar lugar á graves errores diagnósticos.

Entre los primeros, entre los que pudieran llamarse signos específicos de la tabes, figuran, colocados por el orden de su respectiva importancia: el signo de Argyll-Robertson, el de Westphal, el de Romberg, la incoordinación motora, los dolores fulgurantes, los trastornos sensitivos de distribución radicular, la papila tabética, las crisis laríngeas y gástricas, las perturbaciones de la micción y de las funciones genitales.

Entre los signos que mal interpretados pueden inducir á errores diagnósticos, merecen recordarse: los trastornos ópticos y auditivos, las perturbaciones gástricas, urinarias, respiratorias, genitales.

Sepamos referir todas estas manifestaciones morbosas á su verdadera causa; y ya que, por desgracia, no nos sea posible aplicar á los tabéticos un tratamiento eficaz, ahorrémosles por lo menos las intervenciones, inútiles siempre, y dañinas casi siempre, que derivan de los diagnósticos erróneos.

(Concluirá.)

Madrid, 30 de Enero de 1904.

DEL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS POR LA MOVILIZACIÓN Y EL MASAJE (1)

POR EL DR. SPREÁFICO

SEÑORES: No voy á leeros nada nuevo ni que sea desconocido por todos vosotros: todo, absolutamente todo lo que os voy á decir, está ya publicado en artículos, revistas, comunicaciones y obras científicas. Mi objeto es solamente vulgarizar un tratamiento que, por contar ya con una práctica de más de veinte años y dando siempre resultados sorprendentes, ha demostrado, hasta la saciedad, lo verdadero de sus principios fundamentales. Y, sobre todo, señores, el objeto principal de esta comunicación es el de deslindar los campos y hacer desaparecer la equivocación que existe por haberse comprendido mal el método, no solamente entre el cuerpo médico nacional y del extranjero, sino en el de la propia Francia: ¡qué digo! hasta en el del mismo París, cuna y patria de tan trascendental método de tratamiento.

Los estrechos límites de una comunicación, la carencia absoluta de estudios propios sobre los fenómenos fisiológicos y anatomopatológicos de lo que sucede en el interior de las fracturas tratadas

(1) Comunicación al XIV Congreso Internacional de Medicina (Madrid, Abril de 1903.

por este método, y sobre esto, el que su exposición no sería más que una redundancia de lo publicado sobre el particular, me facilita el objeto que me he propuesto; y paso á entrar de lleno en el asunto, no sin hacer antes una ligera reseña histórica de las fases por que ha pasado este tratamiento, tanto más fácil y breve, pues ha sido instituído por una sola personalidad quirúrgica, gloria de la Cirugía moderna, que aún vive, y de quien tenemos el derecho á esperar nuevos y fecundísimos frutos.

El Dr. Just Lucas-Championnière, actualmente cirujano del Hôtel-Dieu, de París, es el creador tenaz y propagandista entusiasta del tratamiento de las fracturas por medio de la movilización y el masaje.

Desde los tiempos más remotos ha venido usándose constantemente el masaje en el tratamiento *á posteriori* de las fracturas, tanto para combatir las pseudo-anquilosis consecutivas á la inmovilización prolongada á que se sometían las regiones fracturadas, como para hacer desaparecer los edemas, adherencias, rigideces y atrofias musculares producidas por el método de la inmovilización; pero el empleo de la práctica de los movimientos metódicos y del masaje, lo más inmediatamente posible al momento de la producción de la fractura, base y fundamento del método, es obra exclusiva del Dr. Lucas-Championnière.

Todas las tentativas hechas en este sentido, anteriores á las comunicaciones del Dr. Championnière á la Sociedad de Cirugía de París en los años 1879 y 80, son consejos ambiguos: como los del Dr. Bourgueh, de Aix, en el año 1873, á propósito de la fractura del ràdio; ó los de Metzger y Tilanus, sobre el masaje en el tratamiento de las fracturas de la rótula, precisamente en la que nunca se debe emplear desde el principio como práctica metódica, sino después de haber efectuado la reunión de los fragmentos, bien por la sutura, bien por el *cerclage* con hilos metálicos. Es más: Metzger, que aconsejaba el masaje en el tratamiento de los esguinces, lo prohibía en absoluto en el de la articulación tibio-peroneo-tarsiana, cuando estaba acompañado de fractura del peroné, que es el caso más frecuente, y una de las fracturas en las cuales el tratamiento por el masaje y movilización primitivos, que os expongo, da resultados brillantísimos.

La obra de Norstrom, en 1884, también podría dar lugar á creer que lo empleaba como tratamiento general, no siendo así; pues publica solamente algunos casos tratados con buen éxito por el masaje, pero sin ninguna fórmula seria y científica que determine bien el tratamiento y *modus faciendi.*

Ya el Dr. Championnière, en su *Tratado de Cirugía antiséptica*, en 1880, se ocupa del particular, fundando las bases del método y no

cesando desde dicha época de publicar observaciones en el *Boletín de la Sociedad de Cirugía*, 1886-87, hasta que dió á la publicidad su magistral obra sobre el *Tratamiento de las fracturas por la movilización y el masaje*, en 1895.

En dicha obra expone con gran claridad todo lo que concierne al asunto; y sin embargo, señores, como decía al principio de mi discurso, aún no se ha vulgarizado el método, á pesar de sus brillantísimos resultados, persistiendo gran parte de los cirujanos en la inmovilización larga y perjudicial para los enfermos, ó empleando mal é incompletamente el tratamiento, dando lugar en algunos casos (siempre mejores que por la inmovilización) á resultados medianos y nunca tan brillantes y extraordinarios como si se hubiera aplicado con toda la latitud y los detalles aconsejados por su autor.

¿Á qué es debida la no aplicación del método en todas sus prácticas; y á qué el que, aun siéndolo, dé esos resultados medianos ó incompletos, cuando aquél se ha usado sin llenar todos sus requisitos?

Á las dos causas que paso á enunciar. La primera, ó sea la no aplicación del método de la movilización y el masaje al tratamiento de las fracturas, persistiendo en el procedimiento antiguo del reposo absoluto y la aplicación de los aparatos inamovibles, tiene dos orígenes: la rutina, y la oposición de los cirujanos del siglo pasado, quienes prescindiendo de la observación diaria de los hechos que se presentaban en los enfermos fracturados tratados por la movilización y el masaje, así como los casos de fracturas ocurridas en los animales domésticos, curadas sin tratamiento alguno, quedando un miembro sano y útil para sus movimientos, cerraban los ojos á la evidencia, y envolviéndose en los pliegues de la bandera de la tradición, apoyada en teorías científicas erróneas, absolutamente falsas y mal interpretadas, de los fenómenos que se presentan en el interior de los huesos fracturados, persistían en el tratamiento de la inmovilización, á pesar de los malos é incompletos resultados, cerrando los ojos ante la luz resplandeciente que se destella del proverbio del Dr. Championnière: «El movimiento es la vida».

Consiste la segunda causa, esto es, la referente á los resultados medianos ó incompletos, citados en la segunda parte de mi pregunta, á la falta de estudio del método y á no haberse compenetrado bien del axioma del maestro, que dice: «un movimiento moderado y metódico es favorable á la soldadura de las extremidades óseas fracturadas, y á la formación de un callo sólido».

Yo agregaría más: diría «indispensable tal movimiento para la soldadura de la fractura y la formación de un callo sólido», puesto que todos sabemos que la *inmovilización completa* jamás se puede conseguir, no obstante los mayores cuidados y diversidad de aparatos más ó menos complicados que se empleen.

Sin embargo, después de la última obra sobre el tratamiento de las fracturas por la movilización y el masaje, de que dejamos hecha mención, el método se ha generalizado, no solamente entre los cirujanos franceses, si que también entre los de otras naciones de Europa y América. Y avanzando aún más, puesto que vemos á cirujanos eminentes que hoy no sólo tratan las fracturas por este método, sino que construyen aparatos especiales para poder ejecutar toda clase de movimientos metódicos á los pocos días de las fracturas, y hasta para poder practicar la progresión, aun cuando se trate de fracturas completas de los dos huesos de la pierna en las cuales precisamente se condenaba á los lesionados á una inmovilización absoluta durante cuarenta ó más días, como mínimum.

Mucha oposición encontró el método que yo preconizo, en el seno de la Sociedad de Cirugía de París, y solamente los doctores Verneuil y Guyon, á pesar del dictamen del Dr. Trelat, lo emplearon en algunos casos, obteniendo siempre inmejorables resultados; por esta senda seguimos los alumnos del Dr. Championnière y varios médicos extranjeros que habíamos tenido la satisfacción de verle practicar en su servicio del Hospital Tenon.

Para terminar esta ligera reseña, sólo diré que en Suecia, país y cuna del masaje, no se ha usado hasta mucho después de la primera comunicación del Dr. Championnière á la Sociedad de Cirugía de París este método para el tratamiento de las fracturas, no encontrando nada escrito sobre el particular en ninguna de las obras técnicas sobre el masaje publicadas antes de 1880.

En seis preceptos se pueden condensar los fundamentos á que ha obedecido, desde la más remota antigüedad, el por qué del tratamiento de las fracturas por medio del reposo, de la inmovilidad y de la aplicación de esa multitud de vendajes y aparatos, la mayor parte ilusorios é inútiles, de que están llenos los arsenales quirúrgicos de nuestros hospitales, ó fabricados en el momento del accidente con sustancias y objetos tan diversos y tan disparatados.

Son los siguientes:

1.° Supresión del dolor.

2.° Dar al miembro fracturado su forma primitiva.

3.° Facilitar la reparación, y por tanto la soldadura del hueso roto.

4.° Poner el miembro en las mejores condiciones para su funcionalismo ulterior.

5.° Prevenir ó curar la inflamación.

6.°, último y sintético. La inmovilización y la reconstitución del miembro fracturado á su forma normal son las mejores condiciones para su funcionamiento *á posteriori*.

Ninguno de estos preceptos resiste á la observación y crítica des-

apasionada de los hechos, por ser precisamente tales preceptos opuestos y diametralmente contrarios á los que empleamos quienes realizamos el tratamiento de las fracturas por medio de la movilización y el masaje; recursos que, en nuestra opinión, deben ponerse en práctica si queremos lograr un buen funcionamiento ulterior y una curación rápida y completa de los enfermos sometidos á nuestra asistencia.

El primer precepto, «la inmovilización suprime el dolor», no es cierto sino á medias, puesto que lo único que hace es suprimir el dolor del momento, el primitivo; y absolutamente erróneo en cuanto al secundario ó peculiar del curso consecutivo del padecimiento.

Las causas del dolor que sigue á una fractura no son debidas exclusivamente á los movimientos de las extremidades fracturadas, sino que se complican con los fenómenos inherentes al traumatismo sufrido, y este dolor solamente disminuye á medida que se verifican los fenómenos de reparación. Un individuo fracturado no deja de sufrir con la inmovilización; lo que sucede es que el dolor es menos agudo en el reposo; pero esta inmovilización, que en los primeros días disminuye la intensidad de dicho dolor, hace despertar el dolor secundario, que tiene su asiento en la vecindad del punto fracturado, en los músculos contundidos, y aun en los exentos de contusión, pero inmediatos, y hasta en las articulaciones y nervios relacionados con la región lesionada.

Cuanto más tiempo dure la inmovilización, más duradero é intenso será dicho dolor secundario. Además, la inmovilización nunca es absoluta: varía con el aparato usado, siendo en muchos casos imposible suprimir ciertos movimientos. La misma multiplicidad de aparatos demuestra la imposibilidad de obtenerla por completo. Aún más: todos los que hemos tratado las fracturas por la inmovilización hemos visto presentarse el dolor al efectuar cualquier movimiento, y llegar solamente á disminuir y desaparecer con el transcurso del tiempo. Por el contrario, este síntoma, tan desagradable y penoso para el fracturado, no existe en los enfermos sometidos á la movilización y el masaje sino en los primeros días, disminuyendo paulatinamente y desapareciendo por completo antes de terminar la primera semana del tratamiento. En cuanto al dolor secundario de vecindad, lo suprimimos y es desconocido para quienes tratamos las fracturas por la movilización y el masaje simultáneamente.

El segundo precepto, «el de que por medio de la inmovilización se obtiene la conservación del miembro fracturado en su forma primitiva», es en la mayoría de los casos, ó mejor dicho, en casi todos, completamente falso. Ya lo había demostrado el Dr. Championniè-

re; pero el año 1900, en el XIII Congreso Internacional de Medicina y Cirugía de París, las brillantes comunicaciones con fotografías radiográficas de fracturas, presentadas por los Dres. Mannoury, Destot, Tuffier y Ollier, comprobaron una vez más las afirmaciones del maestro y demostraron al Cuerpo médico de todas partes del mundo allí congregados la imposibilidad de mantener en contacto absoluto los fragmentos fracturados, á pesar de los aparatos inamovibles y de extensión más perfectos; es más: comprobaron hasta la saciedad que fracturas en las cuales se creía haber hecho una reducción y coaptación absoluta y completa, sostenidas por la aplicación del aparato inamovible, todo ello había resultado ilusorio, y lo único conseguido había sido mantener la dirección de los fragmentos en la de la normalidad del miembro.

Tan arraigada está la idea de que las fracturas no se suelen curar bien por otro medio que por el de la inmovilización, que habiendo encontrado el antropólogo M. Manouvrier, en una caverna de la Edad de piedra, huesos fracturados y perfectamente consolidados, admitió por esto que el procedimiento de la inmovilización era conocido desde los primeros tiempos de la humanidad, habiéndose confeccionado y aplicado, por lo tanto, aparatos inamovibles; cosa que creo difícil, demostrando más bien dichos huesos, en mi concepto, que la consolidación se efectúa perfecta y sólidamente empleando la movilización, pues es casi seguro que el hombre de aquellas edades no podría ni se sometería probablemente á la quietud y al reposo, por impedírselo el género de vida propio de tales tiempos.

Hoy podemos afirmar no haber más que un solo y eficaz procedimiento, y es al que se debe de recurrir en las fracturas de las diáfisis si la movilidad de los fragmentos es muy grande y queremos obtener una curación rápida y con poca ó ninguna deformidad: tal es la sutura ósea con hilos metálicos, aun en las fracturas cerradas. Este tratamiento preconizado por Tuffier, y para practicar el cual ha inventado una colección de instrumentos, demuestra (por las dificultades que se presentan frecuentemente al efectuar dicha sutura) la completa inutilidad y la imposibilidad del mantenimiento de los fragmentos en las fracturas de las diáfisis, á pesar de los mejores y más perfeccionados aparatos inamovibles.

Pero aún hay más: las causas que hacen persistir la deformidad no son solamente producidas por la desviación de los fragmentos. Hay fracturas, y son la mayoría de las ocasionadas en las epífisis, en las que la deformidad es producida por el aplastamiento de los huesos y el engranaje ó compenetración de los fragmentos; en esta clase de fracturas, si la dirección del miembro es normal y no hay, por lo tanto, gran desviación, los aparatos inamovibles no hacen más que favorecer, á causa del reposo, la no reabsorción de los de-

rrames sanguíneos del foco de la fractura de las vainas y del tejido celular, accidente que es preciso hacer desaparecer lo antes posible para no complicar más la situación. El masaje hace cesar tales accidentes en pocos días, ó, mejor dicho, evita que se presenten si se trata la fractura por este método desde su principio.

En las fracturas del radio, del peroné, de la extremidad superior del húmero, del fémur, las articulaciones del codo y rodilla, de los huesos del tarso, del astrágalo y de otras muchas, nunca será posible obtener la reconstitución de la forma normal de la región lesionada por medio de la inmovilización.

(Desgraciadamente, el poco tiempo de que he dispuesto ha impedido procurarme las radiografías demostrativas de mi aserto; radiografías tan magistralmente hechas por el Dr. Maunoury, de Chartres, y que presentó en el XIII Congreso Internacional de Medicina y Cirugía.)

La deformidad que presentan los fracturas con aplastamiento y engranaje, cuando son tratadas por la movilización y el masaje, debe respetarse siempre que conserve el miembro fracturado una dirección normal, pues no perjudicarán en nada su funcionamiento ulterior, facilitando, por el contrario, la formación del callo.

Además, las radiografías sucesivas hechas en el curso del tratamiento por la inmovilización, los aparatos de todas clases y la extensión continua, han demostrado que la reducción y mantenimiento de los fragmentos en la primitiva posición en que fueron colocados es puramente ilusoria, pues entra en juego otro factor, que es la contractura de los músculos antagonistas, que hace desviar aquéllos á cada instante cambiando dicha posición, á pesar de todos los aparatos imaginados y concebidos con los más perfectos conocimientos científicos de la mecánica.

En otra comunicación importantísima del Dr. Thiery, profesor agregado á la Facultad de Medicina de París, demuestra, por medio de la radioscopia y de la radiografía, la imposibilidad de mantener los fragmentos en contacto directo (y, por lo tanto, la posición normal del miembro fracturado) por medio de los aparatos inamovibles, proponiendo también, con pruebas en apoyo del buen resultado obtenido, el uso de la sutura metálica de los fragmentos; habiendo efectuado esta operación en 15 casos, tratándose en casi todos de huesos largos, pues suturó una vez el húmero, otra el fémur, dos el cúbito y ocho veces la tibia (tres por fractura conminuta y extirpación de esquirlas, y cinco por fractura en pico de flauta, con acabalgamiento y peligro de perforación de la piel); también suturó tres veces la clavícula, una de ellas por fractura conminuta y ablación de una esquirla. El caso que tardó más tiempo en curarse fué el de una fractura conminuta de la tibia, en la que drenó por miedo

á la atrición que habían sufrido los músculos; caso en que el enfermo de que se trataba dejó la cama á los cincuenta días de la operación.

Unicamente en las fracturas diafisiarias, en las que los fragmentos tienen, por lo tanto, gran movilidad, y en las cuales, como en las fracturas del fémur, se auna el tener que soportar el peso del cuerpo, son en las que se podrá emplear el tratamiento por medio de los aparatos de extensión; prefiriendo el del Dr. Hennequin, si no se conociera ó no se pudiera emplear el procedimiento de Tuffier y Thiery, de sutura metálica, combinado con el masaje, que es el verdadero científico y el que debe emplearse.

Antes del uso de la sutura metálica, en esta clase de fracturas diafisiarias la inmovilidad se imponía en los primeros doce días: es decir, el tiempo que ordinariamente tarda en empezar á formarse el callo; siempre, por supuesto, ayudando el tratamiento por medio de los masajes, á fin de reabsorber los derrames de todas clases y prevenir las rigideces músculo-articulares, seguras en todo tratamiento de fractura por medio de la inmovilización.

El tercer precepto, ó sea el que dice «que la inmovilización facilita la soldadura de los fragmentos», es también falso.

Todos conocemos algún hecho de animales domésticos, especialmente de los perros, en quienes, á pesar de los movimientos desordenados en casos de fracturas, se han consolidado perfectamente; hasta el punto de poder continuar marchando y practicar los ejercicios y fatigas propios de la caza, como si nunca hubieran tenido fractura alguna.

Seguramente que una serie de movimientos extemporáneos diarios y mal dirigidos, no producirían ningún beneficio para la soldadura de los fragmentos y la formación del callo; por el contrario, una movilización y un masaje metódicos facilitarán estos dos fenómenos y disminuirán la duración del tratamiento.

Las observaciones del profesor de Veterinaria M. Cany, publicadas en el *Diario de Medicina y Cirugía Prácticas*, referentes á fracturas sufridas por los perros, demuestran una vez más la facilidad y las ventajas de la movilización moderada como tratamiento de las dichas fracturas.

Todos hemos tratado fracturas de la clavícula, de las costillas y de la diáfisis del fémur, en las que la inmovilización y la reducción completa de los fragmentos es, en casi la totalidad de los casos, absolutamente imposible; y sin embargo, las de la clavícula y las de las costillas especialmente, se curan con gran rapidez, y dejando poca ó ninguna dificultad funcional. Esto es debido á que las causas indispensables para que la soldadura rápida y la producción del

callo se verifiquen no consisten en la inmovilización, sino en el contacto de los extremos de los huesos fracturados guardando una dirección normal, sin dejar espacio ó vacío entre los extremos de dichos huesos, y sin que se interpongan entre éstos partes blandas.

Aparte de las idiosincrasias particulares ó patológicas de algunos sujetos que impidan la producción del callo (que se acentúa mucho más con el reposo y la quietud de los fragmentos), con tal que haya contacto entre éstos, aunque se ejecuten movimientos, siempre se realizará la soldadura del hueso fracturado.

¿Qué es lo que ocurre con el aparato del Dr. Hennequin para el tratamiento de las fracturas del fémur? La radiografía lo ha demostrado hasta la saciedad: los fragmentos no dejan de moverse y de frotar uno con otro; pero la extensión impide que se altere este contacto, conservando una buena dirección y facilitando, por estos mismos movimientos, la producción del callo é impidiendo la interposición de las partes blandas.

Por esta causa lo hemos usado siempre, pues, en realidad, no es más que un aparato de movilización, combinándole con el masaje diario y metódico de toda la extremidad, que impide la producción de los edemas y rigideces ulteriores, tan difíciles de combatir, y que dan por resultado un miembro inútil ó de funcionalismo imperfecto. Hoy, en la mayoría de los casos de dicha fractura, preferimos, después de los trabajos de los Dres. Thiery y Tuffier, la sutura metálica de los fragmentos combinada con el masaje.

Otro de los fenómenos que se presentan en las fracturas tratadas por la inmovilización, es la producción de un callo delgado y poco exuberante, siendo éste uno de los argumentos en que más se apoyaban los partidarios de tal procedimiento para acreditar su bondad, pues demostraba, según ellos, que no había necesidad de mayor producción ósea para su soldadura y consolidación de los huesos fracturados; pues bien, todos los que hemos tratado fracturas hemos deseado siempre la formación de un callo exuberante desde el principio, porque las en que ocurría esto eran las que se consolidaban más pronto y con mayor resistencia y seguridad para el desempeño de las funciones ulteriores del miembro.

Con el movimiento y el masaje moderado y metódico se consigue la producción de callos en tales condiciones, que dan al propio tiempo una gran solidez y perfecto funcionamiento al miembro lesionado.

El cuarto precepto en que se fundamenta la inmovilización, cual es «el de lograrse por ella que el miembro fracturado recupere sus funciones normales ulteriores», es completamente falso.

Solamente ignorando la fisiología de los órganos del movimiento

se puede plantear esta afirmación. Nadie ignora los trastornos producidos en los músculos, articulaciones y ligamentos de los miembros sometidos á una larga quietud, ocasionados por el éxtasis sanguíneo; agreguemos, pues, á éstos los producidos por el hecho traumático, para comprender y explicar los funestos resultados funcionales que se obtienen con la inmovilización prolongada hasta tal punto, que se puede pronosticar que toda fractura en personas de edad avanzada, ó próxima á una articulación, tratada por los antiguos métodos, nos dará como resultado un miembro que jamás volverá á llenar por completo sus funciones.

Así hemos visto muy á menudo en los fracturados del miembro inferior, tratados por la inmovilización, la producción de edemas y de rigideces difíciles de resolver; no ya limitadas al miembro enfermo, sino al opuesto y que no había sufrido traumatismo de ninguna especie.

Señores: los partidarios de la inmovilización nos dicen que, aunque sea ésta muy prolongada, nunca se produce la soldadura de las superficies articulares; con esto creen haberlo dicho todo en defensa de su método. Pero ¿qué importa esto al enfermo, si al querer andar, á pesar de tener un miembro bien conformado, ve que sus articulaciones no funcionan con facilidad, que la rigidez muscular le impide verificar los movimientos precisos para su funcionamiento, que sufre de dolores y que á los menores trabajos los edemas le obligan á guardar otra vez el reposo?

Las infiltraciones de los ligamentos y tendones, las tumefacciones de las sinoviales, las alteraciones de los cartílagos articulares y las atrofias musculares, colocan al miembro en una situación quizá peor que la fusión ósea articular; siendo consecuencias de la inmovilización prolongada y que impiden el buen funcionamiento del miembro.

Por el contrario, con el tratamiento de la movilización y el masaje, desaparecen ó no se presentan los derrames sanguíneos, las infiltraciones de las vainas tendinosas y del tejido celular, las tumefacciones de las sinoviales, las atrofias musculares, las rigideces de los ligamentos, etc., etc.; en una palabra, los accidentes propios de todo traumatismo violento y que tiene poca tendencia á resolverse por sí solo.

Empleando el masaje y la movilización, como así lo hacen después de los días fatídicos y reglamentarios que tienen por códices y determinados de antemano cada individualidad de fractura, seguramente se puede conseguir el funcionamiento normal del miembro; pero esto sucede pocas veces, necesitando en los casos más favorables muchos meses para restablecer la agilidad de los movimientos, hacer desaparecer la rigidez de las articulaciones vecinas

y de los tendones, la atrofia muscular, los edemas, etc., etc.; siendo en muchos casos imposible darle su completo funcionamiento, é inútil en absoluto el pensar en conseguirlo en algunas fracturas articulares, cuales son las del codo, rodilla, hombro y cadera, en las que por el método de la inmovilización se condena de antemano al enfermo á no poder servirse más de su miembro en forma normal y fisiológica.

Dice el quinto precepto: «La inmovilización previene ó cura la inflamación».

Las teorías y los estudios modernos sobre la inflamación, así como los hechos de observación, demuestran la falsedad de este axioma ó precepto.

Hoy no se puede aceptar en buena teoría científica, como causa productora de la inflamación, otra que la acción de los microbios diversos que representan el papel de productores de este fenómeno; la parte del traumatismo en sí tiene poca ó ninguna influencia en la producción de la inflamación.

¡Cuántas fracturas se habrán tratado equivocadamente tomándolas por otras enfermedades, y se habrán curado sin que la inflamación haya intervenido, dejando que los enfermos ejecuten toda clase de movimientos!

La comunicación del Dr. Destot, de Lyon, al XIII Congreso Internacional de Medicina, titulada «De la radiografía y de las fracturas desconocidas», es una demostración palpable de estos hechos, mucho más frecuentes de lo que podemos creer.

Las fracturas de los metatarsianos, del escafoides, del calcáneo, las del astrágalo y de los maléolos, han sido confundidas infinidad de veces con otras afecciones articulares y tratadas precisamente, sin querer, por la movilización y el masaje. La de los cóndilos tibiales, las del fémur sin desviación y las de la pelvis, también han pasado ignoradas en muchos casos, tratándolas de diversas maneras y que sólo la radiografía ha demostrado.

No hablemos de las fisuras óseas, ni de las fracturas yuxta-epifisarias incompletas, y que ya el célebre y malogrado Dr. Ollier había descrito á la perfección; ó mejor dicho, adivinado, mucho antes del asombroso descubrimiento de los rayos de Rœntgen.

Desde los trabajos histológicos de Cornil, sobre la inflamación ósea, se conoce perfectamente cómo se efectúa la reparación del tejido óseo fracturado y la gran diferencia que existe en la manera de verificarse esta reparación en las dos clases de inflamación, aséptica y séptica, que sobreviene en las fracturas: siendo en la aséptica un fenómeno activo de reparación, siempre con tendencia á la formación de un tejido fisiológico; mientras que en la séptica (ya

sea por herida que sirva de puerta de entrada á los agentes productores de la inflamación, ó porque la sangre, en posesión de alguno de los múltiples microbios patógenos, aporte y deposite en el sitio fracturado las toxinas de éstos) da lugar á los trastornos propios de la supuración ósea, y por tanto á la destrucción de los tejidos y á la incompleta ó viciosa consolidación de la fractura.

Y, señores: no es con la inmovilización por los vendajes con lo que podremos combatir esta inflamación séptica, sino dando salida á las colecciones purulentas, lavando y saneando sus focos por medio de sustancias químicas antisépticas, conocidas de todos vosotros; en una palabra, poniendo la región lesionada en las mejores condiciones de limpieza indispensable para su reconstitución normal, verificándose la reparación con mayor rapidez y en mejores condiciones si la ayudamos con el masaje metódico.

Sí debemos tener siempre presente en las fracturas irregulares, en las que los fragmentos se mantienen en contacto con gran dificultad, el evitar los movimientos desordenados, pues podrían dar lugar á contusiones y desgarraduras que aumentaran el traumatismo de las partes blandas. En estos casos, los movimientos violentos son perjudiciales, sobre todo antes del principio de la formación del callo; debiendo, por tanto, entonces, contentarnos con practicar solamente el masaje. Por estos motivos proscribimos en absoluto, en los primeros quince días, tratándose de fracturas con fragmentos movibles, los aparatos destinados á la marcha.

Lo único que la inmovilización suprime ó atenúa, cuando se presenta la inflamación, es el dolor del presente; sin hacer desaparecer por ello los fenómenos inflamatorios, mas sí agravando para el porvenir sus consecuencias.

La eventualidad de una invasión microbiana es muy remota en los casos de fractura sencilla, y sobre la cual la movilización no puede tener ninguna influencia. Débese, en las fracturas complicadas con inflamación, emplear con más interés y constancia el método de la movilización metódica y del masaje, si deseamos obtener no solamente la desaparición rápida de ella, si que también restituir el miembro fracturado al estado normal y fisiológico.

Una simple inspección de las radiografías presentadas en el ya mencionado Congreso Internacional de Medicina y Cirugía, por los eminentes cirujanos que se han ocupado del particular, demuestra la inexactitud del sexto precepto que sirve de fundamento á quienes prescriben como tratamiento de las fracturas el de la inmovilización, y que dice: «La inmovilización y la reconstitución del miembro fracturado á su forma normal, son las mejores condiciones para su funcionamiento ulterior».

En muchísimas de las radiografías citadas se pudo comprobar la existencia de gran número de fracturas viciosamente consolidadas, presentando ya callos exuberantes, ya desviaciones más ó menos pronunciadas, ya deformidades considerables; en una palabra, fracturas diversamente soldadas, de cualquier manera, y las que, sin embargo, no por ello impedían el libre movimiento del miembro y el ejercicio de su funcionamiento normal.

Efectivamente, señores: la restitución de un hueso fracturado á su forma primitiva, no es condición indispensable (aparte de que es casi imposible el conseguirlo) para que funcione bien, puesto que los músculos y las articulaciones permiten una considerable latitud de deformación, compatible con su buen funcionamiento.

Mucho más importante es que las articulaciones conserven el libre juego de sus movimientos, y que los músculos no pierdan su potencia funcional, en tanto cuanto sea posible, que el conservar la configuración normal del esqueleto; siendo ridículo que por darle al miembro fracturado la forma anterior á su traumatismo, sacrifiquemos las condiciones indispensables para su perfecto funcionamiento. Una conformación perfecta de los miembros fracturados no es condición necesaria para su valor funcional.

Este sexto precepto ha dominado durante largos años el tratamiento de las fracturas, condenando en general á los enfermos (á causa de la inmovilización) á tener un miembro muy aceptable en cuanto al resultado estético, pero inservible para sus necesidades; pues la inmovilización atrofia los músculos, encharca las vainas aponeuróticas y tendinosas y produce consecutivamente la pseudo-anquilosis y rigideces articulares, obligando á los enfermos al uso del masaje y al de la mecanoterapia ulterior, durante meses enteros, para poder recobrar los movimientos libres, fáciles y desahogados: en una palabra, los movimientos normales que poseía el miembro antes del accidente.

En las fracturas del cuello del fémur de los viejos, jamás, á pesar de tantos aparatos inamovibles inventados, se ha podido conseguir el buen funcionamiento del miembro, no obstante tener una buena dirección, y al parecer haberse soldado los fragmentos en las mejores condiciones; todo lo contrario sucede cuando se tratan por el método de la movilización y del masaje, pues si bien no tiene el miembro fracturado las condiciones normales, en muchos casos requeridas por la estética, el enfermo conserva un miembro útil para la marcha.

No os cito las fracturas de la clavícula y costillas, en las que es poco menos que imposible la perfecta coaptación, y que tratadas, sobre todo la primera, por el reposo y los vendajes, nos da como resultado final un brazo y hombro dolorosos é impotentes para su

completo funcionamiento. También podría citaros los casos de fracturas del codo y rodilla en los que la inmovilización no produce sino desastres funcionales.

Creo, señores, haber demostrado plenamente las ventajas importantísimas del tratamiento de las fracturas por la movilización metódica y el masaje, al mismo tiempo que los gravísimos inconvenientes del antiguo tratamiento por la inmovilización; lo cual me ahorra el exponeros los principios fundamentales del método del Dr. Lucas Championnière, y que todos seguramente conocéis.

La técnica general del método, que, como seguramente comprendéis, varía en sus aplicaciones y detalles según los diversos casos de fracturas que hayan de tratarse, es la siguiente, á grandes rasgos:

Como aserción previa, adelantaremos la de que todo médico puede verificar esta práctica, y que no se necesita tener condiciones especiales, ni haber estudiado en Suecia, para tratar bien y á la perfección una fractura por medio del masaje y la movilización. Diré solamente que siempre deben hacerse por el mismo médico ó por personas que los hayan visto practicar, eliminando en la mayoría de los casos á los masajistas de profesión, en los cuales hemos comprobado casi siempre la tendencia á ir más allá de lo que exige el método, verificando maniobras intempestivas que pudiéramos llamar hasta brutales; estas últimas no son, en modo alguno, útiles para el enfermo; antes bien, muy perjudiciales.

Dichas personas deben concretarse á seguir los consejos dados por el profesor, y no hacer más de lo que se les ordene; para lo cual, el médico practicará las primeras sesiones delante de ellas, señalándoles el sitio de la fractura y las zonas en que deban ó no practicar el masaje, siendo condición indispensable la dulzura y la seguridad de los movimientos de la mano amasadora. La práctica del masaje es sencilla y fácil.

Esta práctica no puede ser uniforme á causa de la gran variedad de fracturas, y comprende la malaxación y los movimientos provocados, siendo esta asociación la única dificultad de las maniobras del método.

La condición indispensable para el buen resultado del tratamiento es que estas prácticas estén exentas absolutamente de toda clase de dolor; un masaje doloroso es perjudicial para el enfermo y prueba que está mal practicado, puesto que la primera condición para un éxito completo es la anestesia de la región por medio del masaje, fenómeno que aun cuando, al parecer, paradójico, es constante siempre que el mencionado masaje esté bien practicado.

En cuatro clases ó grupos, según su obra sobre *Tratamiento de las fracturas por la movilización y el masaje*, divide el Dr. Lucas

Championnière las aplicaciones del masaje. Los adelantos posteriores me hacen dividirlo solamente en tres.

1.° Masaje inmediato y continuado. Es la manera más perfecta de la aplicación del método, y se deberá emplear en todas las fracturas en que los fragmentos tienen poca tendencia á separarse, en las periarticulares y en las que los movimientos de dichos fragmentos dificultan poco el funcionamiento del miembro.

Figuran en este primer grupo las fracturas del radio y del peroné, como tipo; las parciales del codo, las del cuello del húmero, algunas variedades de fracturas de los cóndilos del fémur y las supra-maleolares, cuando no tengan tendencia al acabalgamiento.

2.° Masaje inmediato, seguido de la aplicación de un aparato de gotiera, generalmente enyesado. Empléase en todas las fracturas del primer grupo, siempre que exista tendencia á la desviación de los fragmentos; práctica buenísima, especialmente en las fracturas de la muñeca. Sesión diaria de movimientos y masaje, manteniendo el miembro después en la gotiera enyesada. Da muy buenos resultados en fracturas tan movibles como la de la extremidad superior del húmero con gran tendencia á la desviación, y la de la parte media de la pierna; también la usamos con completo éxito en las fracturas del antebrazo.

3.° Inmovilización completa en los primeros días, con sutura metálica de los fragmentos, seguida de masaje diario desde que se inicia la formación del callo.

Empléase en las fracturas del húmero, con gran movilidad de los fragmentos, sobre todo en las residentes en su parte media; y en las del fémur, cuando reunen las mismas condiciones.

En estos casos se debe proceder preferentemente á la sutura metálica inmediata, aun en las fracturas cerradas; inútil es decir que tomando todas las precauciones de asepsia y antisepsia recomendadas en la actualidad, colocando el miembro en un aparato inamovible ó de extensión continua, procediendo (tan pronto como se compruebe el principio de la consolidación y de la producción del callo) á practicar el masaje diario, aplicando solamente un ligero aparato contentivo, vendas, férulas, etc.

También se debe emplear con preferencia á todo tratamiento en el caso de fractura de la parte media de la clavícula, con gran movilidad de los fragmentos.

Antes de continuar voy á hacer la siguiente digresión. Dada la altura de los conocimientos científicos actuales, debemos decir que la primera operación que ha de efectuarse en un fracturado es la de proceder á la radiografía del miembro ó parte del cuerpo que se sospeche sea el sitio de la lesión; operación que deberá repetirse varias veces durante el curso del padecimiento, para asegurarse de

la marcha que sigue el proceso de reparación, y como consecuencia poder modificar el tratamiento según las circunstancias del caso.

Con el examen radiográfico comprobaremos y diagnosticaremos en muchas ocasiones lesiones que no se podían presumir ni por los síntomas ni por las condiciones de producción del accidente, y que sin aquél hubieran pasado inadvertidas. Con la radiografía se descubren numerosas fracturas de los huesos cortos que, antes de este descubrimiento, se tomaban por luxaciones ó afecciones de índole inflamatoria, y cuyo conocimiento ha hecho variar por completo la aplicación de los medios terapéuticos.

Tres grupos diferentes de movimientos son los empleados para este tratamiento:

1.° Movimientos de exploración.

2.° Movimientos y prácticas del masaje propiamente dicho.

3.° Movimientos provocados en las articulaciones vecinas y lejanas del foco de la fractura.

Lo primero que tenemos que evitar en los movimientos de exploración de las fracturas, es el dolor; para lo cual, se colocará el miembro sobre un plano resistente y en posición normal, verificando previamente la anestesia general cuando exista gran desviación de los fragmentos (comprobables á simple vista) y procediendo á la sutura metálica en los casos ya mencionados de fracturas diafisiarias ó de gran movilidad de dichos fragmentos.

Jamás procuraremos comprobar la crepitación, para tener seguridad de la existencia de la fractura, valiéndonos de movimientos bruscos que dan lugar á dolores agudos é inútiles; pues todos sabemos que en muchas fracturas no existe síntoma de crepitación.

Para encontrar el foco de la fractura, ejecutaremos presiones suaves en la dirección de las fibras musculares; lo cual permite la exploración profunda, sin producir dolor. Jamás procuraremos producir la desviación angular de los fragmentos, que sólo puede ocasionar molestias y perjuicios, y en modo alguno suministrar indicaciones de alguna utilidad.

Fijaremos el foco de la fractura con una mano, mientras que con la otra, bien apoyando suavemente sobre el fragmento desviado, ó por medio de movimientos ligeros y suaves, verificaremos la coaptación.

Una sola exploración, pero indispensable, será dolorosa: tal es la de determinar con exactitud el punto preciso de residencia de la fractura; el conocimiento de esto lo obtendremos por medio de la presión directa, y el dolor agudo que acusará el enfermo nos lo descubrirá. Determinado tal punto, es necesario huir de él en las prácticas ulteriores del masaje, no tocarle nunca al principio y con mucha delicadeza posteriormente.

En el curso de este examen determinaremos los sitios que debemos amasar, porque el masaje debe practicarse no solamente en la vecindad de la fractura, sino aun en las regiones alejadas del foco; puesto que ya sabemos que los efectos inmediatos y secundarios del traumatismo se extienden á grandes distancias, siendo por otro lado tal examen utilísimo para determinar los límites de los trastornos traumáticos.

Reconocido perfectamente el punto fracturado, la primera condición que debemos llenar es la fijación de la fractura; para lo cual, el miembro se apoyará sobre cojines ó planos semiduros y resistentes, procediendo á la sesión del masaje. Repito una vez más que éste debe ser absolutamente indoloroso; un masaje que produzca dolores está mal practicado y es perjudicial á la lesión. El masaje debe ser en los primeros días muy suave, aumentando en intensidad á medida que la consolidación se va efectuando; es decir, que la intensidad de las presiones y los movimientos deben estar en razón directa con el tiempo transcurrido desde la producción del traumatismo. Al principio de la fractura, nunca debemos ejecutar presiones ni masaje en el foco de ella, limitando unas y otro á las masas musculares y articulaciones vecinas.

Dos movimientos principales constituyen la esencia de la práctica del masaje: los de presión y los de deslizamiento; ambos se pueden ejecutar con toda la mano ó empleando solamente los dedos. Deben hacerse siguiendo siempre la dirección de las fibras musculares y la circulación venosa, siendo casi siempre perjudicial toda maniobra hecha en sentido contrario, debiendo permitirse solamente en las fracturas antiguas y cuando la consolidación es completa.

Todas las restantes prácticas del masaje, *petrisage*, percutimiento, pellizcos, etc., etc., deben proscribirse en absoluto en el tratamiento de las fracturas.

Las presiones deben ser superficiales y profundas; estas últimas deprimiendo las masas musculares y graduando el esfuerzo, según la profundidad adonde queramos llevar el efecto de la presión (siempre ligeras). Debiendo insistir sobre esto, pues hemos visto existe la tendencia, sobre todo en los especialistas amasadores, á ejecutar maniobras brutales, las que aun en los esguinces son perjudiciales en alto grado; constituyendo entonces un masaje violento, impropio para el tratamiento, y que sólo se podría permitir en las fracturas antiguas curadas por la inmovilización seguida de rigideces y pseudo-anquilosis articulares.

El mejor modo y más frecuente de usar las presiones es en sentido longitudinal, que consiste en deprimir con uno ó varios dedos, con una ó con las dos manos asociadas, una parte de la periferia del miembro ó rodeándole en forma de pulsera; dirigiendo esta presión

hacia adelante y en dirección del curso sanguíneo venoso, sin sacudidas y con suavidad, muy por encima del punto fracturado; evitando siempre las presiones directas sobre dicho punto. Los dedos deben rodear el foco de la fractura, alejándose de donde ésta reside, tanto más cuanto mayor movilidad tengan los fragmentos.

Las presiones en forma circular ó de pulsera son muy útiles al principio del tratamiento si se hacen con gran suavidad y fijando bien los fragmentos, porque preparan eficazmente la región para sufrir presiones más fuertes y profundas, privando de sensibilidad al miembro; siempre deben empezar por debajo del punto fracturado, para terminar muy por encima del mismo.

Otras de las prácticas del masaje son las presiones circulares hechas con la palma de la mano, las cuales deben preceder á las presiones longitudinales siempre que existan derrames sanguíneos, tumefacción muy desarrollada ó hinchazón de las vainas tendinosas; por estos procedimientos combinados se disgregan los derrames, rechazándolos hacia la raíz del miembro y transportándolos la corriente sanguínea.

Con preferencia á los demás, debemos emplear siempre para las sesiones de masaje el dedo pulgar, bien su extremidad, bien toda su cara palmar; con ningún otro dedo se seguirá con tanta seguridad como con éste la dirección ascendente y longitudinal precisa para una buena aplicación del método, empleando un solo pulgar, fijando el miembro fracturado con la otra mano ó por un ayudante, en el caso de ser necesario el emplear los dos pulgares. Al principio, estas presiones serán muy ligeras y de corta extensión y duración, aumentándolas sucesivamente á medida que disminuya la sensibilidad de la región y sean soportadas más fácilmente por el lesionado.

Las presiones hechas con los cuatro dedos reunidos ejercen acciones más enérgicas y que sólo deben emplearse después de tener una gran práctica en el masaje ó al final del tratamiento.

Lo mismo digo de las presiones hechas con una ó con las dos manos; sólo una larga práctica del masaje puede dar la indicación de cuándo debe aplicarse esta forma de presiones.

También debemos evitar las presiones fuertes en las fracturas con desgarraduras musculares, así como ejecutar muy suavemente el masaje y con persistencia, al nivel de las vainas tendinosas, cuando existan derrames serosos de ellas. En una palabra: el masaje debe ser, no solamente indoloroso, sino agradable al enfermo; ésta será la mejor prueba de la buena aplicación del método.

Lo que nunca debemos emplear es el *petrisage*, maniobra violenta y perjudicial aun en las fracturas consolidadas, y que en realidad no debía de incluirse entre la técnica del masaje.

En resumen: las diversas maniobras del masaje que podemos emplear deben ser suaves, progresivas, delicadas y siempre efectuadas en la misma dirección, repitiéndolas cuantas veces sean necesarias en el transcurso de la duración del tratamiento. Recordando y aplicando bien estos preceptos, conseguiremos resultados rápidos y de completa curación.

La duración de las sesiones de masaje será en los primeros días quince minutos, prolongándola gradualmente hasta treinta ó cuarenta como máximum; pues no obstante haberse hecho en casos excepcionales masajes de una hora ó más, no los consideramos necesarios.

Deberán ser cuotidianas, no accediendo á los deseos de los enfermos, que en muchos casos solicitan dos masajes diarios. Su repetición en tan poco espacio de tiempo es perjudicial y retarda la marcha del proceso curativo.

Varias sustancias podemos emplear para efectuar las maniobras del masaje, y después de lo que dejamos expuesto comprenderéis que desechamos el masaje seco. De todas ellas, las dos mejores son el aceite de oliva puro y fresco y el jabón blando con agua caliente; el primero es el preferible, porque favorece más el deslizamiento de la mano. Después de cada masaje hecho con aceite, se lavará la región con agua jabonosa. Desgraciadamente, en muchos casos en que la piel está herida ó tiene flictenas, no podemos, mientras éstas persistan, usar este método tan heroico. Réstame sólo, para terminar, el último é importante punto de la movilización.

En el año 1867 la empleó por primera vez el Dr. Lucas Championnière para el tratamiento de una fractura del radio, obteniendo un resultado funcional brillante, cual no lo habría obtenido con el uso de un aparato inamovible.

Las maniobras de movilización deben seguir á las prácticas del masaje: unas sin otras son insuficientes; de suerte que después de cada sesión de masaje, y desde la primera, debemos comunicar al miembro fracturado (ó que el enfermo mismo los ejecute) una serie de movimientos suaves y metódicos, pues tan útiles resultan cuando son mesurados, como dolorosos y perjudiciales en el caso opuesto. Estos movimientos son capitales é indispensables para obtener un éxito, cual lo es el funcionamiento perfecto y ulterior del miembro; pues no sólo ayudan al proceso de reparación y soldadura de los fragmentos, sino que impiden las rigideces posteriores de los miembros lesionados, tan frecuentes en las fracturas tratadas por los aparatos inamovibles.

Los movimientos deben verificarse en todas las articulaciones vecinas y aun lejanas del hueso fracturado; de suerte que al terminar la sesión de masaje ejecutaremos movimientos de flexión y extensión, despacio y con suavidad, y procurando siempre, por la fija-

ción con la mano, evitar la desviación y separación de los fragmentos. Lo mismo que el masaje, estos movimientos deben hacerse exentos de toda clase de dolor; y si éste se presentara, á pesar de las precauciones tomadas en la sesión de masaje, es síntoma cierto de que, ó no fué ésta lo suficientemente larga, ó estuvo mal practicada.

Es preciso no exagerar la amplitud de los movimientos en las primeras sesiones, y de preferencia practicarlos el mismo cirujano. En las sesiones sucesivas se invitará al enfermo á que por sí mismo los ejecute, y en mayor extensión. Un ejercicio moderado es útil para la reparación; por el contrario, uno violento la perjudica.

Lo mismo diremos respecto del final del tratamiento, cuando demos autorización al enfermo para usar el miembro fracturado. Es preciso hacerle saber que los movimientos deben ser ligeros, suaves y sin dolor, aumentándolos progresivamente.

La demostración más palpable de que las fracturas soportan perfectamente los movimientos moderados, y que adelantan en su curación, la presentó el doctor veterinario M. Paul Cany, en una comunicación á la Sociedad Central de Medicina Veterinaria, con sus experimentos y observaciones sobre los perros, que no soportan los aparatos inamovibles, curando perfectamente y sirviéndose de sus miembros cuando se les ha dejado en una libertad relativa; es decir, permitiéndoles solamente movimientos limitados.

Insisto de nuevo en estos experimentos, muy curiosos y dignos de mención, pues son la base fundamental del método que defiendo, y de su justificación, siquiera los hechos posteriores de la cirugía humana bastarían para comprobarlos.

Así como en las sesiones de masaje deben efectuarse diariamente los movimientos, que en general deben ser el término de cada sesión, pueden en ciertos casos practicarse en días alternos; teniendo siempre presente que son tan indispensables como el masaje, y que no debemos nunca separarlos si queremos obtener buenos y completos resultados.

Las sesiones de movimientos y masaje deben efectuarse lo más pronto posible, después de la producción de la fractura, prolongando estas maniobras hasta la fecha en que el enfermo pueda servirse del miembro; es más, una vez curado, deberá continuar de vez en cuando en el uso del masaje, que le garantizará contra las ligeras consecuencias de su traumatismo.

Terminada la sesión, se colocará una simple venda de franela, ligeramente compresiva, con objeto de evitar las pequeñas é involuntarias contracturas musculares: el miembro en buena posición, si se trata de las extremidades inferiores; ó con un cabestrillo, si de fracturas del brazo ó del hombro.

Ninguna venda elástica, ningún aparato; nada, en fin, que pueda dificultar la circulación y comprometer la vitalidad del miembro. Solamente usaremos los aparatos de extensión en las fracturas de los huesos largos de las extremidades inferiores, con gran movilidad de los fragmentos, cuando por circunstancias especiales, que no son del caso, no pudiéramos practicar la sutura metálica de fractura.

En cuanto á la aplicación de este método en los casos de fractura complicada, varía mucho: es también el que debemos emplear y el que la práctica ha demostrado dar los mejores resultados; pero su exposición, dependiendo de la diversidad de esta clase de fracturas, exigiría otra comunicación.

OBRAS AGOTADAS DEL DR. FEDERICO RUBIO

RESEÑA DEL PRIMER EJERCICIO
DEL INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA
DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA

(Continuación.)

Hemos procurado, en el cuadro de curaciones de presente, pecar por exceso mejor que por defecto, incluyendo en él algunos casos de cuya curación definitiva tenemos casi certeza.

Epitelioma de la laringe y traqueotomía.—Sobre la clase segunda poco nos queda que observar.

El enfermo que en dicha clase aparece operado de traqueotomía, curado de la operación y los accidentes, sufre un epitelioma de la laringe.

Entró en la Clínica con el padecimiento muy adelantado. Es un militar del Cuerpo de Alabarderos, y ofrece la particularidad de acusar como causa la misma que produjo el epitelioma en el otro enfermo operado en la Clínica, y cuya historia vió la luz en *El Siglo Médico.* La causa en aquél fué beber un líquido frío; éste asegura que estaba completamente sano, con voz clara y respiración perfecta, hasta un día en que, sintiéndose acalorado, bebió un vaso de agua fría, á lo cual siguió ronquera, molestia en la garganta, tos, y después los demás síntomas; graduándose al estado en que hoy se encuentran.

Desde su estancia en el Hospital hemos seguido por medio del laringoscopio la evolución del mal. El epitelioma, asentado en el lado izquierdo del vestíbulo glotídeo, invade la epiglotis, formando una masa excrescente, mamelonada; carga al lado derecho, dislocando la rima intervocal, atacando la cuerda izquierda y formando un paramento y guardapolvo sobre la derecha. El aire salía, por tanto, despedido hacia dicho lado; siendo la espiración fácil, pero la inspiración difícil. Con el gradual aumento del tumor, este acto respiratorio se vino dificultando hasta producir el ruido de *cornage*—ronquido laríngeo, me parece que debiéramos llamarle los españoles;—ello es que la disnea llegó á ser angustiosa, y que sobrevino la asfixia lenta. Llegó á punto de morir; hallábase cianósico, frío y con pulso y sudores de agonía, y fué preciso abrirle la tráquea para prolongarle la vida, en tanto se decidía ó no por la extirpación de la larin-

ge, operación de cuya importancia y gravedad teníamos dada cuenta al interesado y su familia. La traqueotomía produjo los efectos que eran de esperar, y el enfermo se ha salvado de la muerte inmediata, llegando á adquirir carnes, buen color y energía en la mirada.

Hemiplegia y anestesia producida por la asfixia.—Un fenómeno hemos notado en este interesante señor, y que constituye una de las contribuciones que nuestro Instituto aporta á la ciencia constituída, y es el siguiente: Entre los fenómenos producidos por la asfixia lenta, el más notable y singular fué una hemiplegia del brazo y muslo izquierdo, sin parálisis de la cara, pero asociada con anestesia del lado externo del muslo. Estos fenómenos duraron varios días posteriores á la operación; de modo que, aun bastante después de funcionar regularmente la respiración y la hematosis, estando el enfermo con su color propio y la energía relativa, subsistían los fenómenos parésicos y anestésicos, aunque menos graduados. La movilidad comenzó á restablecerse en el brazo y después en la pierna. Actualmente no queda ni sombra de estos curiosos síntomas. Nos hemos preguntado á qué pueden haber sido debidos. Al practicarse la operación, el enfermo estaba asfíctico y cianósico: los labios, cárdenos y péndulos; los círculos peri-palpebrales, de color morado; los ojos, sin expresión y de color pizarroso; todo esto demostraba la existencia de un éxtasis venoso profundo, compañero de la muerte por asfixia y la necesaria suspensión del círculo. Así, pues, nos inclinamos á creer que la hemiplegia fué debida á alguna mayor congestión de alguno de los centros motores, quizás á la congestión y tumefacción del plexo coroídeo derecho ó en las proximidades del ventrículo derecho.

1.ª clase. Muertos por operación.—No hemos tenido, más por fortuna que por gracia, ningún caso que incluir en este cuadro.

La terapéutica operatoria es un recurso supremo. Es á la salud del individuo lo que las guerras justas á la salud civil de los pueblos. Es, en una palabra, un mal necesario que debemos procurar ir atenuando á medida de lo posible, sustituyendo la operatoria más cruenta por la menos cruenta, por la farmacología, y, finalmente, por la higiene, que es el *desideratum* y el bello ideal del arte de curar. Pero entre tanto, entre dejar que perezca la patria en que nacimos ó hacer la guerra y morir en el ardor de la pelea, no hay duda: morir cien veces, ardiendo en noble ira. Entre morir pasivos sin defendernos de la muerte, ó disputar el cuerpo línea á línea, brazo á brazo, no hay que dudar: combatir á sangre y fuego. ¿Qué hay, por tanto, de extraño que se pierda algunas veces en la lucha? Lo extraño, lo imposible, sería salir siempre victoriosos. Esto no debe olvidarlo el público, ni menos el cirujano, cuya alma necesita estar templada para sobrenadar por encima de todos los azares, y discurrir con calma en medio de los conflictos.

2.ª clase. Muertos por accidentes de la operación.—La primera enferma en la lúgubre historia de las muertes por accidentes de la operación, fué una operada de encefaloides de la glándula mamaria, que falleció de piohemia, según consta de la observación detallada del caso, publicada por el facultativo de la paciente, D. Juan de la Sota.

Corresponde el segundo caso á una operada de rectotomía externa para corregir una estrechez del recto. Estuvimos imposibilitados entonces, por motivos de salud, de concurrir al Instituto, y no pudimos observar la marcha del mal, ni sacar ninguna consecuencia ni enseñanza.

Viene seguidamente el caso referente á la enferma operada, por laparotomía, de extirpación de unos grandes fibromiomas telangectásicos que comprendían la matriz en todo el espesor de su cuerpo. La historia de dicha señora ofrece mucho interés, y vió la luz oportunamente en *El Siglo Médico*; nada, pues, añadiré para evitar volumen innecesario al presente trabajo.

El cuarto enfermo perdido corresponde á un hermoso joven de veinticinco á treinta años; venía de algún tiempo padeciendo de la orina. Las exploraciones declaraban un cálculo muy grande. Efecto, sin duda, de la misma magnitud, la medición no pudo hacerse satisfactoriamente. Se adquirió la certidumbre de que los bocados del litotritor no abarcaban el cuerpo, y por consiguiente, que era inútil recurrir á la litotricia.

Verificada la operación—talla prerectal—se confirmó la existencia de un cálculo tan grande, que fué preciso recurrir á una pinza especial para abarcarlo; esto logrado, resultó muy laboriosa la extracción; consiguióse al fin, empleando la posible maña y la mayor paciencia. El cálculo media siete centímetros de largo, por cinco de ancho, y además era esferoídeo. Las cuarenta y ocho horas primeras que siguieron á la operación fueron felices; mas al tercer día encontré al enfermo tan desemblantado, con voz tan apagada y tan pequeño el pulso, que le mandé administrar sin pérdida de tiempo. Pocas horas después era cadáver. No se pudo verificar la autopsia. En nuestro pobre juicio no quedó duda que murió por gangrena de la vejiga.

La vejiga sufre pacientemente grandes traumatismos, pero sólo á condición de que la sangre no venga á viciarse por la absorción de orina.

En este caso, la herida vesical ó perineal, de mejor aspecto, cambia repentinamente de color, y el proceso traumático camina con rapidez al gangrenismo.

Este enfermo tuvo un acceso de fiebre urinémica, pasado el día segundo de la operación, y todo lo halagüeño del cuadro hasta entonces, se trocó en lúgubre y fatal: la herida tomó un color achocolatado y sucio, y la gangrena se debió apoderar de la vejiga.

Tampoco hemos podido sacar enseñanza nueva ni otras deducciones de este caso que lo ya sabido. Es una inconveniencia que se paga cara la de dejar meses y años permanecer los cálculos en la vejiga, ya por miedo á las operaciones, ya esperando las virtudes de hierbas y de aguas.

Confirmamos con nuestra escasa experiencia la doctrina de Thompson, que se reduce á diagnosticar pronto los primeros síntomas litiásicos y atacar la enfermedad en un principio.

La litotricia entonces es fácil y casi nada peligrosa; en cambio, cuando se dejan crecer los cálculos hasta las dimensiones del presente, los riesgos son muy grandes y es probable sucumbir en ellos.

Los cálculos grandes hacen una acusación de la cirugía del país donde se dan. Nuestra colección, algo importante por el número de ejemplares, es más notable por sus dimensiones. Esto significa que han vivido los enfermos años tras años con la piedra, sin que los profesores consultados hayan dado el consejo de hacer reconocer al paciente por cualquier cirujano entendido en la materia. No depende esta conducta muchas veces de descuido ni ignorancia, depende de otra cosa peor. Piensan muchos que arriesgan su crédito científico aconsejando á sus clientes que consulten otro facultativo, y no es así: ya todos, cuando tenemos un enfermo de los ojos, no dudamos ni tememos remitirlo á un oculista. Lo mismo llegará á suceder con estas enfermedades quirúrgicas, que después de todo, aun á los mismos especialistas ocasionan graves responsabilidades y disgustos.

Otro enfermo desgraciado fué el de la extirpación de la laringe. Ya se dió cuenta muy detallada de su historia, y la grande é importantísima enseñanza que sugiere está explanada é impresa en *El Siglo Médico.*

Tercera clase.—Muertos por la enfermedad que trataba de corregir la operación.—Cuatro han sido los enfermos que se han hallado en este caso.

La enferma de coxalgia difundida al periostio pelviano y del fémur, y de que con otros motivos hemos hablado antes. Para justificar su calificación en este cuadro, baste decir que la operación fué una mera incisión, y que la muerte ocurrió algunos meses después.

Otra enferma de artritis supurada de la rodilla.

Las operaciones consistieron en dividir los tejidos articulares y dar sa-

lida al pus; las incisiones se repitieron varias veces y en distintos períodos, conforme la necesidad de las indicaciones; siempre subsiguió alivio relativo de los sufrimientos de la paciente; murió también extenuada y á larga fecha de la operación última; de modo que sería gratuito imputársele ninguna responsabilidad indirecta en el suceso.

Otra enferma que entró en la Clínica con un tumor hepático de naturaleza dudosa, y para cuyo diagnóstico se practicó una cauterización y punción exploradora con aspiración. La punción no demostró más que el hecho negativo de no ser hidatídico. La paciente se encontraba en la última extremidad al admitirse bajo el pronóstico de muerte. En efecto, bastantes días después de la punción, sucumbió á los progresos del padecimiento, sin que pudiéramos verificar la autopsia por no consentirlo la familia.

El cuarto y último paciente de esta clase corresponde á un sujeto operado de nefrotomía, y cuya historia es la siguiente:

Historia de una nefrotomía.—José M. L., sesenta y seis años. Entrado el 26 de Noviembre. Es un anciano de mediana talla, enflaquecido por el largo padecer; dice que hace diez años está impedido de trabajar por causa de sus males. Ha estado largas temporadas asilado en varios hospitales. Acusa dolor en la vejiga, que se exaspera al orinar, sintiéndolo entonces muy vivo en la punta del miembro. Ignora la causa del padecimiento; asegura no haber arrojado nunca arenillas, ni cálculos, ni sangre. Siendo tan escasos los síntomas de referencia, procedimos al cateterismo. En el comienzo de la región membranosa se detiene la sonda, pero sin dar sensación de estrechez, sino de enganche en su punta: la apreciación es fácil, porque no se nota presión ninguna en la sonda; dando al miembro y al instrumento un movimiento lateral de semicírculo, la sonda resbala y entra fácilmente en la vejiga. El régimen uretral es máximo y puede ser sondado con las algalias de mayor calibre; pero si el operador no conoce el modo de vencer el obstáculo que engancha la punta del instrumento, allí se detiene toda clase de sonda, ya sea metálica ó de goma. Por lo demás, no acusa en la operación sensibilidad mayor de la ordinaria; pero ya dentro de la vejiga la algalia ó catéter, su corrida, explorando el órgano, es más molesta de lo natural, aunque no extraordinariamente dolorosa, ni que impida hacer las exploraciones necesarias para adquirir el convencimiento de que no existe cálculo tangible, y que la próstata no está notablemente hipertrofiada. Tampoco resultaba sangre en la orina después de sondar; y sólo podía apreciarse que, si alguna vez la exploración era practicada por mano poco suave, quedaba el paciente resentido, orinaba con mayor frecuencia de la que tenía por síntoma, y que la fiebre lenta y de acceso que sufría, también habitualmente, se exaltaba durante uno ó más días. A la poquedad sintomática acusada por el interesado, pudimos añadir á beneficio de la observación los otros síntomas que dejamos mencionados y dolor á la presión hipogástrica, frecuente necesidad de orinar, escasa cantidad en cada emisión, pero sumando en las veinticuatro horas la común en un individuo sano; la orina era de color claro; dejándola reposar bastante tiempo, se ponía algo blancuzca, sin ser lechosa.

No dejaba depósito moco-purulento filamentoso, cual ocurre en las cistitis y en los catarros de la vejiga; dejaba, sí, algunos grumos blancos como de moco coagulado, pero en pequeños fragmentos independientes, sin tendencia á adherirse entre sí ni aglomerarse. Parecían más bien grumos de arroz deshecho por cocción. La orina era neutra, tornándose con el tiempo algo alcalina. Su densidad, aparte de los depósitos, era casi normal. Carecía de olor fuerte, y examinada al microscopio no presentaba ni moldes, ni epitelios, ni células de pus, ni cristales en cantidad exuberante. Los había, sin embargo, de fosfatos y de cloruros, y algunos más escasos del tipo úrico.

Los grumos consistían en una materia amorfa finamente punticulada, pero no englobaba ningún cuerpo figurado.

Por lo demás, el enfermo estaba inapetente, muy desnutrido; hacía

con lentitud las digestiones, dominaba el estreñimiento, pasaba cuatro ó cinco días sin regir; era preciso administrarle de vez en cuando el aceite de ricino, y aun así, tuvo una bola estercorácea que exigió su extracción manual. Observábase también que sufría accesos febriles, generalmente nocturnos, sin estadios bien delineados. Dichas fiebres solían ser más ó menos acentuadas, de mayor ó menor duración, pero insistentes, perseverantes.

Por este cuadro sintomático calculará el lector la imposibilidad en que nos encontrábamos de formar el diagnóstico. La primera idea que se venía á la mente era la suposición de algún cálculo: los reconocimientos negaban su existencia. La segunda, que estuviese enquistado; las exploraciones más minuciosas dejaban muy en duda dicha suposición. La tercera, un infarto prostático: el reconocimiento por el recto negaba la sospecha. La cuarta, una cistitis parenquimatosa: esto parecía lo más probable, aunque la falta de moco abundante en la orina, la escasa sensibilidad de la vejiga al contacto de las sondas metálicas y la ausencia de sangre, nos mantenían en prudente reserva. El tratamiento fué restaurante respecto á la dietética; tónico, calmante y balsámico, respecto á la farmacología. Por temporadas largas se le mantuvo con uso exclusivo de las leches; diariamente se le lavaba la vejiga, ya con agua tibia fenicada, ya con alguna dilución balsámica, ya con el nitrato de plata en varios grados de concentración. La enfermedad seguía imperturbable su camino, sin aumento en el número de los síntomas y con alternativas en sus gradaciones. Los medicamentos no producían modificaciones, ni usados por la boca ni aplicados al interior de la vejiga.

El estado moral del enfermo era como apático é indiferente. Hablaba poco. Sólo decía, cuando se le obligaba á que expresara sus sufrimientos, que deseaba morir ó curarse pronto, á cualquiera costa.

No había antecedentes de afectos específicos; no obstante, le administramos aguas alcalinas, ioduro potásico y hierro, en diversos períodos y con insistencia. La apatía orgánica era semejante á la moral; y ninguna modificación pudo conseguirse, ni en mejoría ni en agudización de los síntomas.

Sin embargo, en el tiempo transcurrido, comparando el estado presente con el pasado, se advertía una pérdida real: mayor inapetencia y apatía, mayor demacración y falta de fuerzas.

Hemos dicho que el paciente tomó asilo en la Clínica el día 26 de Noviembre. Habíamos reconocido muchas veces, por la inspección visual y la tactación de plano, las regiones renales sin advertir cosa ninguna; cuando, en principios de Febrero, hicimos la tactación de otra manera. En vez de aplicar la palma de la mano ó la pulpa de los dedos, aplicamos la punta del índice perpendicularmente sobre la región renal izquierda: la fuerza de empuje fué suficiente como para hundir los tejidos, y el enfermo soportó bien la violencia. Al repetir el mismo acto sobre el riñón derecho, antes de ejercer una fuerza igual que sobre el otro, el enfermo dió un quejido y huyó el cuerpo, contrayendo los músculos involuntariamente, á modo de cuando se provocan los reflejos. Le preguntamos, y dijo haber sufrido dolor. Fijando la atención sobre el fenómeno y repitiendo la presión comparativamente en uno y otro lado, llegamos á concluir (fundados en su constancia) que la tactación profunda de la región renal derecha era notablemente más dolorosa que la de la región izquierda. Convenía ver si este fenómeno era aislado ó se acompañaba de algún otro que pudiera tener carácter sintomático; porque, en efecto, así como la imaginación finge cosas que no existen cuando se empeña en dar realidad á sus ideas, así, por contrario modo, ya hemos declarado muchas veces que los ojos no ven lo que la razón desconoce. Estas advertencias, que siempre tenemos presentes para evitar malas apreciaciones de observación, nos hicieron detenernos ante una mayor redondez que nos pareció descubrir en la región renal derecha.

Mirábamos las partes, las volvíamos á mirar, y nos parecían efectiva-

mente desiguales; pero no tanto que no quedaran dudas de si procedía de la posición del tronco, de desigualdad en el desarrollo muscular, de mayor tensión abdominal por ser flatulento el paciente, ó de otra causa ajena al riñón mismo. Advertida nuestra aprensión á los compañeros, les pareció notar también lo que nosotros; pero desconfiamos mucho de estas aquiescencias, porque también tenemos advertido que, cuando una persona de alguna autoridad pregunta á otras si notan tal cosa que él advierte, casi todos contestan afirmándolo, y no por engaño ni mera complacencia, sino porque, en cosa dudosa que otro dice ver, nos inclinamos natural y honradamente á la afirmación mejor que á la negación. A cualquiera podría ocurrirse que la medición hubiera salvado aquellas dudas; pero si las mediciones totales dan un resultado positivo, no así las parciales sobre superficies cuyos límites de comparación son arbitrarios, y cuya diferencia á inquirir sólo consiste en la mayor ó menor elevación de una superficie continua y de límites indeterminados. Esta apreciación se verifica siempre mejor á ojo que á medida: la vista, educada á la percepción de la simetría, es el mejor juez, y en ciertos casos, como éste, el único.

Resultaba, pues, que en la región renal derecha había un dolor indudable á la presión, muy exagerado comparativamente con la región opuesta. Resultaba que *parecía* haber mayor volumen traducible en tumefacción de los tejidos profundos.

Convenía averiguar si se notaba alguna diferencia térmica entre ambas regiones, ya que el tacto nada declaraba á este respecto.

Efectivamente: hechas las observaciones térmicas lo mejor y más cuidadosamente que fué posible, y encargadas á más de un profesor para que se repitiesen diferentes veces y en varios días, distantes los unos de los otros, siempre se obtuvo el resultado de una á dos décimas de mayor temperatura sobre el riñón derecho.

Los síntomas indubitados, dolor y calor, desvanecieron nuestras dudas respecto al tercero, ó sea la tumefacción; porque, en lógica como en matemáticas, puede, por el conocimiento de dos factores, afirmarse otro factor oculto, y más aquí que sólo necesitábamos la sanción de un fenómeno observado, pero que la prudencia mantenía en dudas. No nos quedaba, pues, ninguna de que el riñón derecho se hallaba padeciendo, y padeciendo de un modo que genéricamente se caracterizaba por calor, dolor y tumefacción, ó lo que es igual, de una flegmasía crónica. Como el enfermo se encontraba sumamente demacrado, nos pareció posible obtener algunos datos por la tactación abdominal, y recurrimos á ella, pero sin resultado positivo. Aunque flaco, el vientre estaba rígido, y toda presión fuerte en cualquier punto era dolorosa, lo mismo en el epigastrio que en el hipogastrio, en la región umbilical que en ambos vacíos; en su virtud, al hundir la mano en el derecho, aunque se doblara el tronco y los muslos, el dolor contraía los músculos, poníanse tensos y no se alcanzaba ninguna sensación clara de tumor. Dureza y como empastamiento indeterminado, era lo que sólo se advertía.

Resultaba, por otra parte, extraño que el enfermo no nos hubiese declarado ninguna queja referente á la región lumbar. Le preguntamos con insistencia sobre ello, y siempre nos contestó: «Me duele ahí; pero me duele todo, y lo que más me hace sufrir es la orina».

Véase qué tiene de particular que el médico aprecie mal los síntomas, cuando los mismos pacientes, para advertir un dolor, necesitan que el profesor se lo declare. Trascendencia es ésta importantísima de la verdad consignada en el sabio aforismo: *Duobus doloribus*... Aforismo que, si corresponde á la patología, se realiza de igual manera en la psicología, pues un juicio formado suele oscurecer otros juicios.

Ya advertirá el lector cuán lenta y laboriosamente íbamos en el camino del diagnóstico. Teníamos averiguado un padecimiento crónico de la vejiga de tipo inflamatorio, pero algo singular, dado el carácter especial del moco y la ausencia de la fisonomía común de los afectos vesicales. Habíamos descubierto una inflamación crónica del riñón derecho, pero en

verdad que era muy poco para que el ánimo quedara tranquilo. Era en vano pretender mayor especificación en virtud de los síntomas. El curso del mal, por otra parte, tampoco decía nada, nada más sino que el enfermo caminaba con paso lento, pero seguro, hacia la muerte. Muchas enfermedades aparecían á la razón como posibles; ninguna, como cierta; pocas, como probables. Entre éstas, una atraía con más fuerza la opinión: era la existencia de una nefritis calculosa. No había moldes en la orina; no existía albuminuria, ni glicosuria, ni hemorragias renales; pero existía un dolor constante en el riñón derecho, irritación y tumefacción segura en él; la frecuente necesidad de emitir la orina, y su carácter doloroso que con agudeza se sentía en la punta del miembro, señales, aunque equívocas, parecían de cálculos; y siendo indudable que no estaba en la vejiga, ni libre ni enquistado, según demostraban las infinitas exploraciones hechas por vejiga y recto, justo parecía sospechar la presencia de cálculos en la pelvis del riñón. En su virtud, procedimos á hacer la acupuntura de dicho órgano como medio explorador.

Acupuntura exploradora del riñón.—Así lo ejecutamos, penetrando por los lomos, sobre el centro del punto doloroso, con una delgada aguja de acero de 10 centímetros de longitud. La aguja pasó, venciendo resistencias normales, hasta la profundidad probable del órgano renal; ya en este punto, la resistencia fué mayor; tres centímetros más hondo comenzó á sentir nuestro tacto un como crujir áspero y fino, cual si penetráramos por arena. Nos detuvimos, retiramos algo la aguja, volvimos á penetrar, y observamos parecida sensación. ¿Estaremos punzando el cuerpo de las vértebras?—nos preguntamos.—La dirección de la aguja no correspondía á la sospecha; la retiramos, no obstante, y la dirigimos en otra oblicuidad; la sensación se repitió. Hicimos tomar la aguja á varios profesores, y creyeron percibir el fenómeno. Uno de ellos, sin embargo, el Sr. D. Ambrosio Rodríguez, dijo que no advertía nada de particular. Otra circunstancia, además, nos obligó á dejar en suspenso nuestro juicio, y era la siguiente: al penetrar la aguja en la región que pudiéramos decir crepitante, no se detenía ni paraba, cual debiera suceder al llegar á una concreción calculosa. Parecía más bien como si atravesase fina arena que si topara un cuerpo granuloso, pero resistente y duro. Quedaba, pues, el punto muy dudoso, y en su virtud no nos creímos autorizados para proceder á nada.

Todavía quedaban dos exploraciones que hacer: el reconocimiento por el método de Simon, y la exposición del órgano á la vista por medio operatorio.

Exploración por el método de Simon.—Pasados varios días, cloroformizamos al paciente; introdujimos por el recto, previamente engrasados, dos dedos de la mano derecha, después tres, luego cuatro, luego cinco, y poco á poco hasta la línea anterior metacarpiana. El esfínter estaba suficientemente dilatado, pero el estrecho pélvico se oponía á mayor penetración. Cambiamos de mano, considerando que la izquierda, con su menor uso, es menos gruesa; pero tampoco pudo pasar. Buscamos entre los profesores el que la tenía más estrecha, y le encomendamos la exploración; pero sin fruto, desgraciadamente.

Aquí nos detuvimos. El enfermo continuó perdiendo fuerzas; y viéndole ya muy cercano á su fin, decidimos hacer el último esfuerzo por si lográbamos salvarle.

Nefrotomía.—El 11 de Mayo fué cloroformizado. Practicada una incisión desde el borde inferior de la última costilla falsa tangente con el borde externo de los músculos lumbares, descendimos oblicuamente afuera en busca de la cresta ilíaca. El enfermo tenía este espacio algo reducido; sin embargo, nos fué posible ir poniendo las partes á campo abierto por sus sucesivas capas anatómicas, bien orientados por la estructura propia de las mismas; pero al llegar al fondo, donde debiéramos hallar la masa grasosa que envuelve normalmente el riñón, nos encontramos detenidos por un tejido lardáceo, resistente, grueso, de consistencia fibro-cartilagi-

nosa. En lo que permitía la profundidad del fondo de la herida, procuramos disecarlo, pero no le encontramos límite ni borde; fué preciso incindir sobre él, y como un centímetro más hondo hallamos el parénquima renal fuertemente adherido y como formando un cuerpo con la masa predicha. Ya con los dedos, ya con el mango del escalpelo, procuramos aislar estas partes para reconocer el riñón; mas tal y tan íntima era la adherencia, que resultó imposible el aislamiento. Pugnábamos, sin embargo, por lograrlo, cuando una inundación de sangre cubrió todo el espacio, desbordándose imponente por la mesa y corriendo por el suelo.

Hemorragia por rotura de la vena supra-renal.—La sangre era negra, no producía ruido, no silbaba, procedía de una gruesa vena indudablemente; y como no habíamos llegado ni con mucho al hilo del riñón, ni menos hacia la cara anterior de las vértebras, estábamos seguros de que no procedía de la renal ni de la cava. Sólo podía provenir de la vena supra-renal, y era innegable que hacia el borde superior del riñón actuábamos cuando sobrevino la hemorragia. El Dr. Moreno Pozo, que nos ayudaba, introdujo un dedo en la comisura alta de la herida, sin pararse á despejar la laguna de sangre que rebosaba á borbotones; y con tan buena fortuna, que debió tapar el vaso. Entonces pudimos limpiar algo con esponjas, y á tientas pudo en lo profundo el Sr. Pozo atenazar con las pinzas de Pean, retirar el dedo y ver con gozo que había comprimido la vena supra-renal, causadora del flujo. Puesta una ligadura de tripa, reconocimos que la glándula supra-renal estaba unificada en el tejido aquel lardáceo que constituía un conglomerado entre él, la glándula y el riñón. No fué posible seguir despegando más. De todos modos, separados con ganchos los labios de la herida y bien limpio el fondo, pudimos hacernos cargo de la situación de las cosas; un trabajo crónico perinefrítico había trocado la natural soltura y aislamiento del órgano en una fijeza íntima con todas las partes circunvecinas, tanto por fuera como hacia adentro, tanto hacia arriba como hacia abajo. Si no inmediata, mediatamente pudimos apreciar que el volumen del riñón era doble del fisiológico. Pareciéndonos sentir alguna fluctuación por el punto donde con las incisiones llegamos hasta su parénquima, le penetramos con un trócar de mediano grueso. Salió orina en cantidad mayor de la que suele acumularse en la pelvis renal; no sentimos cuerpo duro en el camino, sino más bien falta de resistencia, por lo cual procedimos á hacer la nefrotomía, incindiendo sobre el borde externo y cara posterior del órgano con el termocauterio unos seis á siete centímetros de largo. Apenas hubo sangre, saliendo mucha orina mezclada con grumos blancuzcos, entre gelatinosos y semi-purulentos, más grandes y menos compactos que los reconocidos en la orina. El dedo introducido por la abertura del riñón no encontró cálculo ninguno, sino varias geodas, una hacia abajo, que sobrepasaba la longitud del índice, por lo cual la exploramos con la sonda acanalada; y viendo que penetraba toda sin llegar al fin, la trocamos por una algalia de goma, que también penetró en totalidad, quedándonos la duda de si aquel correr sin detenerse era debido á haber enfilado por el uréter.

Vuelto en sí el paciente después de suturar la herida, dejando en ella un drenaje de cerdas, volvióse al enfermo al lecho, sin que en su fisonomía ni sobre su estado de delicadeza se hicieran perceptibles las consecuencias de lo ocurrido.

Nada pasó digno de notar en las primeras horas ni en los días subsiguientes á la operación. En las veinticuatro horas primeras salió mucha orina por la herida, ligeramente tinturada de sangre. Después orina clara, que obligaba mudar de ropas al paciente varias veces al día. La fiebre no fué mayor que lo era antes, según las observaciones termométricas. Es digno de mención que se despertó en el operado algún apetito. Pasados cinco días, lo trasladamos á la sala desde la habitación aislada en que le habíamos colocado. La herida cicatrizó rápidamente, quedando sólo abierto el orificio de desagüe; se cortaron los puntos, y aquella fugaz mejoría indicada por el deseo de los alimentos y mejor ánimo, debido quizás á la

esperanza, fué cediendo para venir á la antigua apatía; y sin síntoma nuevo ni cosa alguna apreciable más que la gradación de su anterior estado, el enfermo falleció el 23 de Mayo.

Hecha la autopsia, pasadas las veinticuatro horas, sobre el cadáver, se pudo notar: rigidez cadavérica; desnutrición esqueletiforme; una cripta ó cavidad en el lado derecho de la entrada de la porción membranosa de la uretra, que explica el tropiezo de la sonda en dicho punto. Esta cripta es fisiológica, está cubierta de la mucosa uretral normal, y no hay estrechez ni engrosamiento de los tejidos. Próstata de volumen normal, pero su mucosa de color pizarroso. Vejiga pequeña, gruesa, dura al corte. Mucosa tomentosa, perdida su estructura, de color sucio de cieno, unida y formando una sola capa indistinta con la muscular. Estas dos y la serosa forman el espesor de un centímetro en casi toda la vejiga, y más por algunos puntos. No hay, sin embargo, columnas musculares salientes hipertrofiadas ni rugosidad en la superficie interna de la mucosa, sino más bien escabrosidades; ó, mejor, una superficie continua, sucia y difteroides, por decirlo así.

Riñón izquierdo: libre, exento de grasa circundante, de magnitud normal y color amarillento, en vez del color propio. Sustancia cortical demasiado compacta, mamelonar en proporciones regulares. Cálices sin novedad; pelvis engrosada.

Riñón derecho: conglobado y apelmazado con el peritoneo y demás tejidos circundantes. No es posible aislarlo por disección; cortando las partes que resultan continuas—en lugar de contiguas—en el núcleo de la masa, queda el riñón; éste es pequeño en sí, pero presenta algunos sacos vacíos que, rellenos, darían un volumen total al órgano superior al propio. Un saco está cortado por el punto abierto hacia los lomos, otro corresponde al ápice ó á la extremidad inferior del riñón: está roto, ulcerado, y comunica con una gran cavidad excavada entre el psoas derecho, el peritoneo y la pelvis; esta gran cavidad, tomentosa y lardácea, contiene orina sucia; sus paredes son gruesas y cerradas, impidiendo así que la orina se hubiera infiltrado por el resto de la pelvis.

Parénquima renal de color amarillo, muy duro; cálices pequeños, pelvis gruesa y de paredes duras. La manera como fué preciso sacar el riñón fuera del cuerpo, deja dudas sobre el modo de continuarse la pelvis con el uréter. Hay pegamiento ó adherencia de las paredes de la pelvis entre sí hacia su ápice; pero no pudimos averiguar si este pegamiento era total ó parcial, si era antiguo ó posterior á la operación.

Sustancia cortical marmoriforme, en vetas amarillas, íntimamente unidas á un tejido esclerótico peri-renal, y por detrás y encima con la glándula supra-renal, en cuya estructura, también esclerosada y presa, domina el color amarillento.

Sustancia mamelonar dura, también dominando en ella el amarillo sobre el brumo.

El Sr. D. Ambrosio Rodríguez, en tanto que reflexionábamos sobre el resultado de la autopsia, nos sacó de la abstracción diciendo:—Punzad aquí. —Había punzado el riñón con una aguja. Todos fuimos punzando, y apenas punzábamos, tomábamos el bisturí para dilatar el sitio; una sensación de penetrar en un cuerpo arenoso resultaba tan clara, que íbamos á buscar las pequeñas concreciones que nos dieran explicación de lo sentido. Sin embargo, tales concreciones no existían; la especial esclerosis del riñón crepitaba al ser punzado, figurando el roce arenisco de tal modo, que costaba trabajo convencerse de que no existiesen arenillas.

Poco añadiremos sobre esta singular historia. Todavía quedan en ella algunos puntos dudosos.

¿Qué fué aquí lo primero? La vejiga padecía profundamente. La autopsia no da lugar á dudas: padecía tales desórdenes orgánicos, que ellos solos bastaban para ocasionar la muerte y para burlarse de toda medicación. Padecía asimismo el riñón derecho, y de una manera tan grave y profunda como oscura y sorda. Padecía genéricamente una hidro-nefro-

sis, con esclerosis renal, inflamación peri-renal, abertura de uno de los pseudo-quistes, salida de su orina, derrame de la misma entre el psoas, el peritoneo y la pelvis, construcción de una pared aisladora, que evitaba la difusión é infiltración, mortal en otro caso.

¡Cuántos fenómenos y cuán complejos! ¿Dónde encontrar el orden de su génesis, dónde la unidad morbosa que los explique?

Preciso es en este caso recurrir al agente sin el cual sería imposible á los geólogos darse explicación de muchos fenómenos. Al tiempo, al mucho tiempo.

Nuestro enfermo daba pocos antecedentes, pero aseguraba venía padeciendo de años atrás, tantos, que casi no los recordaba; y de un modo graduado, tanto, que no podía decir cuál fué el principio.

Entre suponer primero el padecimiento vesical ó renal, no parece haber duda. Los afectos que comprenden todo un aparato de órganos caminan más bien de fuera adentro que á la inversa. En el génito-urinario hay muchos hechos de observación que demuestran la marcha centrípeta, y pocos, si hay alguno, que comprueben la centrífuga. En nuestra escasa práctica hemos observado en varias ocasiones blenorragias uretrales pasar á la próstata, á los testes, la vejiga, y aun los uréteres y riñones. No acusaba el paciente haber sufrido blenorragias; pero de su oscura relación, bien podía deducirse que, en sus principios, lo que debió existir como *primero* fué un catarro vesical. Pasaron años con este padecimiento abandonado; la inflamación crónica traspasó los límites de la mucosa, invadiendo la muscular y constituyendo la cistitis parenquimatosa. El proceso irritativo é hiperplásico ascendió por los uréteres, principalmente el derecho, que la autopsia demostró engrosado; de allí á la pelvis del riñón, y lentamente á los cálices y á los conductos uriníferos. Alguno de éstos, dada la pequeñez de su calibre, llegó á obstruirse, reteniendo por encima el orín segregado; y esa retención, distendiendo una parte del órgano, debió dar lugar á las ampollas hidronefríticas. La irritación parenquimatosa se propagó á los tejidos circundantes: el peritoneo se adhirió al riñón, así como el tejido grasoso, parándose en fibro-grasoso, duro y consistente, que englobó en una masa riñón y cápsula supra-renal. Una ampolla mayor, desarrollada hacia el extremo inferior del órgano, cedió en su dilatación grado á grado, se perforó, tocó la orina el tejido esclerótico, lo ulceró; pero nuevos refuerzos fibro-plásticos y nuevas secreciones fueron construyendo un antro entre el psoas, el peritoneo y el ilíaco. Llegó el enfermo á rendirse bajo el peso de tantos daños; tomó asilo en uno y otro hospital; la naturaleza, entrando en ese período sordo que suele afectar por virtud del hábito morboso, apagó las manifestaciones sintomáticas; que al fin y al cabo sucede al organismo lo que sucede á nuestra sensibilidad moral, y es que el continuo padecer la agota.

Tal es la historia de este caso. Tal, la parte de riquísima enseñanza que pudimos conseguir. Mucho sentimos que el grave estado en que se encontraba á la sazón el Dr. Gutiérrez, impidiera hacer el estudio microscópico de la pieza patológica. Dudamos diese muchos más datos sobre el examen macroscópico.

Enfermos no operados.—El lector podrá notar que el resultado obtenido de la terapéutica cruenta, ha sido más satisfactorio que el conseguido por los medios incruentos.

En los primeros resultan, en un total de 85 operados, 58 curados, ocho aliviados, 10 que continúan en tratamiento (1) y nueve fallecidos. En los segundos, ó sea en los no tratados por medios cruentos, aparecen, en un total de 60 enfermos, 17 curados, ocho fallecidos, 14 aliviados, dos que siguen en tratamiento, y 19 que pidieron el alta sin haberse sujetado á él.

Dicha comparación, si pudiera halagarnos como operadores, no nos satisface, ciertamente, como ministros de la ciencia. Hubiéramos deseado,

(1) A la fecha de la impresión de este trabajo, se ha dado el alta, curados, al mayor número de estos diez enfermos.

por contrario modo, los mayores éxitos para los pacientes no operados, Hubiéramos apetecido que la estadística, mejorando aún más el tanto por ciento de los éxitos operatorios, declarase ventaja numérica á favor de los tratamientos incruentos.

Determinando en serie gradual las aspiraciones del arte quirúrgico, nosotros las sentimos así:

1.° Disminuir la mortalidad de los tratamientos cruentos.
2.° Reducir á tratamientos menos cruentos los más cruentos.
3.° Reducir á tratamientos incruentos los cruentos.
4.° Obtener de esta sustitución menor mortalidad.

La estadística del pasado ejercicio es demasiado exigua para convertirla en pedestal de triunfo.

Lo que podemos afirmar es que hemos puesto todos de nuestra parte lo que nos han permitido las pocas fuerzas de que disponemos para conseguir las cuatro aspiraciones enumeradas. Claramente se ve que, si hay dudas acerca del resultado de la primera, no caben con relación á la segunda, siendo prueba innegable los hechos que constan de haber ejecutado varias operaciones de menor á mayor en los mismos pacientes. Y aunque esto acusa, al parecer, el desacierto con que se procedió en tales casos, hay que mirarlos al par de mayor número de otros en que se obtuvo la curación por virtud de los medios más sencillos. Por ejemplo: curación de un aneurisma traumático de la radial por compresión, artritis tibio-tarsiana, etc.

Verdaderamente que ha resultado una considerable mayor mortalidad de los no operados que de los operados; pero hay que tener en cuenta que en dicho cuadro se halla incluído bastante número de enfermos pronosticados de incurabilidad absoluta. A saber: epiteliomas uterinos en período caquéctico; quistes multi-lobulares antiguos del ovario en estado de incurabilidad; tuberculosis laríngea y pulmonar, etc. Véase, pues, cuán complejos son los hechos que encierra una estadística, y cómo dan ideas equivocadas si no se distinguen, analizan y aquilatan.

Señores que han verificado operaciones.—Antes de pasar revista á los casos no operados dignos de mención, debemos declarar que pretendemos hacer del Instituto un centro de enseñanza que en sí mismo lleve las condiciones de su progreso y vida, sin depender de la afición, celo ni posibilidad de persona determinada. Los efectos obtenidos en el pasado ejercicio nos prometen las mayores esperanzas. Baste decir que en dicho ejercicio han ejecutado las operaciones, no un cirujano, sino los varios señores siguientes: Dr. D. Ricardo Egea, Dr. D. Adolfo Moreno Pozo, Licenciado D. José Gil y Valero, Ldo. D. Ambrosio Rodríguez.

Asimismo ha practicado las correspondientes al oído y la laringe, en sus enfermos del Dispensario, el Dr. D. Rafael Ariza y Espejo.

Cloroformizaciones.—También añadiremos que se ha empleado la cloroformización en todas las operaciones, con excepción muy escasa, y aun en meros actos exploratorios, si eran dolorosos ó necesitábamos obtener la relajación y quietud de los pacientes. Con esto, la suma de cloroformizaciones asciende al número próximamente de los enfermos recibidos. Nada, por fortuna, ha habido que deplorar por esta parte.

Una larga experiencia nos ha enseñado que hasta hoy no existe nada que aventaje al cloroformo. Sus reales peligros son propios también, en igual ó mayor grado, de los otros anestésicos conocidos, aventajándoles bajo otros muchos respectos. La misma experiencia de viejos nos hace confiar en que, si no todas las desgracias ocurridas por el cloroformo, algunas se pueden evitar haciendo que lo administre una persona perita. En el discurso de treinta y tantos años tuvimos que valernos de diferentes manos para la anestesia. Nosotros mismos hemos tenido muchas veces que cloroformizar y operar á un tiempo. Siempre hemos visto que hasta adquirir un cierto tacto, hijo de la experiencia, se cloroformiza mal, ya por exceso, ya por defecto, ya por temor, ya por el atrevimiento que dà la ignorancia.

En Inglaterra hay profesores dedicados exclusivamente á la práctica de la anestesia. Adquieren con esto gran pericia, y el operador se descarga de los cuidados y responsabilidades de la cloroformización. Por nuestra parte procuramos imitar tan buen ejemplo, y tenemos completa confianza en el Ldo. D. José de Burgos, á cuyo cuidado están encomendadas las anestesias.

Curas antisépticas.—También hemos de decir cuatro palabras sobre las curas. Sería ocioso que entráramos en la discusión de los principios en que se fundan las curas antisépticas; suponemos á nuestros lectores instruídos en el asunto. A nosotros sólo nos toca decir lo que respecto á sus ventajas y á sus inconvenientes hayamos experimentado. Fuéramos injustos si no declarásemos que estamos satisfechos de su empleo.

Aun suponiendo nula la acción del ácido carbólico como antipútrido y contrario á las fermentaciones, sin concederle otras ventajas que la del escrupuloso aseo á que obliga, y la abstención de pestíferos ungüentos, basta y sobra para que prefiramos dichas curaciones á las ordinarias. Hemos, pues, empleado las curas antisépticas en la mayoría de los casos; estamos contentos de ellas, y seguiremos en su uso.

Pasemos una rápida ojeada sobre algunos particulares que encierra el cuadro de los enfermos no tratados por medios cruentos.

Curados.—Hay entre ellos algunos cuyas historias son interesantes.

La del aneurisma de la radial fué publicada; de otra, referente á una artritis seca de la rodilla, dependiente de la deformidad conocida con el nombre de *pie plano*, hicimos mención páginas atrás con otro propósito.

Se encuentran, además, dos casos de curación calificados de meningomielitis por *propagación*; y como quiera que las palabras significadoras del diagnóstico no sean conocidas, debo dar sobre ellas una ligera idea.

En la página 23 de este relato indicamos haber dado algunas conferencias sobre *la responsabilidad morbosa de los tejidos*; y otras, demasiado escasas para lo que la importancia del asunto exigía, *acerca de las roturas de los ligamentos comunes vertebrales.*

Dijimos tener en trabajo una monografía acerca de este punto, y que no podíamos detallarlo por exigir de suyo demasiado tiempo y extensión; pero como el esencial fundamento de las cosas, por graves y complicadas que ellas sean, se puede exponer en dos palabras, las dos palabras diremos; mas advirtiendo que declarar el esencial fundamento de las cosas no es explicar las cosas mismas, porque ya esto es largo, prolijo, necesita antecedentes, exposición, discusión, pruebas y demostraciones, y todo ello es ya labor y trabajo que no cabe en dos palabras.

Dijimos que existía una ley de responsabilidad morbosa de los tejidos. Que esta ley había sido confusamente entrevista y significada en algunos de sus fenómenos propios con el nombre de *simpatías*. Que uno de los hechos dependientes de esta ley, quizás el de mayor alcance y trascendencia, consistía en que, cuando una causa morbosa no podía evolucionar en un tejido determinado, desarrollaba la evolución en otro distinto, que, como firmante de un pagaré, venía á ser el responsable. Una de las muchas consecuencias de esta ley da lugar á que, no pudiendo evolucionar la inflamación en los tejidos conectivos fuertes, aponeurosis, tendones, ligamentos, evolucionen las causas traumáticas que actúan en ellos en los tejidos inmediatos análogos, pero de estructura distinta; y así, por una también de las muchas consecuencias que de tan sencilla ley proceden, dado un traumatismo en el ligamento vertebral común posterior ó interno, este traumatismo, no pudiendo evolucionar en el ligamento mismo, sino sólo en el síntoma de dolor, va á desarrollar sus otros fenómenos flegmásicos, afluyo, color, calor y tumefacción, hiperplasias, aplasias y heteroplasias, en el tejido flojo conectivo peri-medular y de la misma neuroglia. En virtud de esto, debía resultar cierto número de paresias y aun de hemiplegias provenientes de lo dicho. Una vez conocidas, había de encontrárselas reales en la naturaleza, y en efecto, ya dijimos que las hallamos por vez primera en el señor marqués de Valdeterrazo; que después

hemos vuelto á encontrar otros casos en la práctica particular, y en la Clínica hemos tenido estos dos que se consignan aquí, curados por su tratamiento eficaz y racional, á saber: la inmovilización absoluta y por largo tiempo, á beneficio del aparato de escayola. Otro, entrado en período de grave destrucción medular, tomó el alta por instigación de la familia sin obtener beneficio.

Entre los aliviados, hállanse dos casos de mal de Pott; y como este padecimiento tiene grandes relaciones con el que acabamos de apuntar, indicaré que, según los datos recogidos, los dos reconocieron un origen traumático. En lo que nos respecta, debemos confesar que, cuando no ha dado la familia como causa una caída ú otro traumatismo análogo, no ha sido posible averiguar el origen, teniendo que suponerlo más ó menos forzadamente como localización del escrofulismo; y cuando no ha habido escrófulas, como de un efecto particular del linfatismo, cosa que nunca falta en niños que padecen de largo. De todos modos, cuando la causa traumática, como en estos dos enfermos, queda bien averiguada, no hay que calentarse la cabeza: uno de ellos, derecho como un huso, comenzó á gibar por los lomos, desde una caída lumbar sobre el peldaño de una escalera.

El *post hoc*, solo, nada dice; pero el *post hoc*, en relación con la naturaleza y curso de los sucesos, es, en buena lógica, una condición precisa de toda verdadera causa, á no sostener que éstas puedan ser posteriores á los efectos.

Contamos con mediana experiencia respecto á dicha enfermedad; en nuestro juicio, procede, si no en todos, en el mayor número de casos, de traumatismos que lesionaron más ó menos el ligamento vertebral común anterior. El aparato de escayola, propuesto por Sayre, introducido por nosotros en nuestro país y aplicado por vez primera en el marqués de Valdeterrazo, no para curar una torcedura de la espina ó mal de Pott, que no existía, sino una paraplegia por responsabilidad de lesión del ligamento vertebral común posterior, es el recurso terapéutico que en nuestras manos ha dado los resultados más satisfactorios, y que no cesaremos de recomendar á los prácticos. Por desgracia, la aplicación del chaleco de escayola, aunque resulta operación sencilla una vez visto hacer, es más difícil de lo que se piensa sin dicho requisito.

En la elección de la escayola, en la preparación de las vendas, en la tela elegida, en el grado de remojo, en la temperatura del agua, en la manera de proteger las eminencias óseas, en el modo, tiempo y grado de hacer la suspensión, y en otras varias menudencias, hay que observar tantos detalles, que sería enojosa y poco utilizable la explicación.

Rogaríamos á los señores compañeros que desearan dedicarse al tratamiento de estos afectos, que asistieran cualquier día que lo tuviesen á bien al Instituto, y sin enojo ni dificultad, aprenderían á colocar convenientemente el aparato. Aunque en nuestro cuadro sólo aparecen dos enfermos de mal de Pott, son más los tratados procedentes de la Policlínica y del Dispensario; diariamente hay ocasión de poner algún chaleco, y los profesores del Instituto tendrán el mayor gusto en enseñar lo poco que sabemos. A nosotros también nos interesa, porque un chaleco mal acondicionado es un martirio, causa daño en lugar de beneficio, y luego se achaca al medio lo que se debe á su imperfecta aplicación, parando todo en daño de los que sufren.

A ninguna luz parecerán propios de un Instituto de Terapéutica Quirúrgica, y menos de *Alta Cirugía*, como se pensó denominarlo, ciertos enfermos que aparecen en los diversos cuadros. Ya en otro lugar hemos satisfecho la extrañeza respecto á enfermedades que, como las de la médula, parecían corresponder puramente á la medicina y á su terapéutica farmacológica. Ahora, y después de lo contenido en la presente relación, no hay necesidad de dar más satisfacciones.

Pero consta un paciente de tuberculosis laríngea y pulmonar, y por más que discurrieran no podrían dar con el motivo de la entrada.

Tuberculosis laríngea. — Fué el siguiente: era un bracero natural de Salamanca, robusto al parecer, bien constituído y de edad viril. Padecía disnea y afonía. Dificultado para el trabajo, consultó á un sabio profesor de Salamanca, y tan sabio como concienzudo y modesto, que en lugar de encogerse de hombros y hacer al tun-tun una receta, le aconsejó que viniese al Instituto para que se le examinase detenidamente la laringe. Fué, en efecto, examinado; y se observó una inflamación difusa en todo el vestíbulo laríngeo, con hipertrofia de la mucosa. El diagnóstico específico resultaba dudoso; pero, gracias á la observación atenta, el examen laringoscópico repetido y la experiencia del Dr. Ariza, se pudo descubrir que aquella inflamación debía provenir de hallarse invadida la laringe de una erupción tuberculosa, todavía cruda, sin necrosis ni ulceración, y encubierta por la misma tumefacción de la mucosa; obtenido el diagnóstico, aunque el enfermo no acusaba nada por parte de los pulmones, hicimos los oportunos reconocimientos, y hallamos que estaban también afectos de granulia. Es que la Cirugía, á medida que va exteriorizando las enfermedades por medio de los métodos de exploración, va convirtiendo de cierto modo en externas las enfermedades internas, y trayéndolas al campo de la Cirugía. Ya hemos indicado que nuestro conato debe ahora ponerse en llevar á la terapéutica farmacológica y dietética los padecimientos curables solamente hasta aquí por los medios quirúrgicos.

Epitelioma de la laringe. — Habrá llamado la atención el número de enfermos que hemos tenido con epiteliomas de la laringe. Efectivamente, tres en este solo ejercicio es una cantidad alarmante, de que no es fácil darse cuenta.

Muchas, repetidísimas veces, hemos llamado la atención sobre el hecho de que la ignorancia oculta la existencia de las cosas. Cuando no usábamos el *espéculum*, parecía no haber enfermedades de la matriz. Las mujeres sólo morían de *flujos*. El laringoscopio ha traído á flote el neoplasma, que se hallaba bajo el fondo ignorado.

De estos tres enfermos, uno sufrió la extirpación; nos fué remitido ya diagnosticado por el Dr. D. José E. Olavide.

El segundo llegó á la Clínica en estado caquéctico, diagnosticado y recomendado por el Dr. D. Manuel Sanz Bombín. Murió á poco de su entrada, sin ser operado.

El tercero, que permanece en tratamiento, ha tenido que sufrir la traqueotomía, según dijimos páginas atrás, por haber caído en asfixia.

Anejo á estos pobres pacientes, tuvimos en la Clínica otro caso digno de mención por varios motivos.

Historia de un epitelioma oculto en el pilar derecho de la faringe.— Se presentó el interesado reclamando la cura de dos grandes tumores existentes en la región carotídea derecha. El más inferior descansaba en la clavícula, y tenía la magnitud de una gran naranja. El otro, más externo y alto, tendría la mitad del volumen. El aspecto de ellos, y la circunstancia de hallarse infartados los demás ganglios del espacio externo laríngeo, juntamente á la edad del enfermo, que pasaba de los cincuenta años, y á esa fisonomía particular que la práctica permite apreciar, nos indicaba que aquellos tumores é infartos glandulares debían ser malignos. Pero, ¿de dónde procedía el punto de partida? El paciente no acusaba haber sufrido operaciones en los labios ni en la lengua. Por otra parte, la glándula submaxilar y la parótida eran las solas libres. Después de muchas preguntas, el enfermo dijo que sentía incomodidad al deglutir. Bien podría referirse esta declaración al tumor grande, cuyo volumen era bastante para dificultar el paso de los alimentos. Sin embargo, reconocimos la boca; y gracias á la prolijidad y empeño con que hicimos el examen, pudimos descubrir una placa epitélica en estado de induración, esto es, todavía no ulcerada, que existía en la parte ántero-inferior del pilar derecho, oculta, naturalmente, por la base de la lengua.

Esta sencilla pero importante historia aporta á la ciencia una observación que hace sospechar sea propio del epitelioma asentado en la parte

inferior de los pilares transportar los elementos epitélicos con gran rapidez á la cadena de ganglios que corren entre el esterno-mastoídeo y la laringe.

También parece inclinar á que pensemos que en dicho pilar no hay comunicación linfática directa con la parótida, ni la glándula submaxilar; siendo conveniente registrar este hecho, para ver si se confirma por ulteriores observaciones.

Ello es que, en nuestro juicio, debe emprenderse un estudio concienzudo, basado en observaciones, sobre la marcha, disposición, número y clase de glándulas que se afectan deuteropáticamente por consecuencia de los neoplasmas primitivos. *Grosso modo* sabemos que se infartan, y luego sufren los ganglios próximos; pero este saber y conocimiento no está bien especificado ni discernido.

En el enfermo de que tratamos, más próxima que ninguna otra se hallaba la parótida, y la parótida estaba ilesa. ¿Hubiera sucedido lo mismo á residir la placa epitélica en el pilar posterior en vez del pilar anterior? Véase aquí un punto que debe averiguarse. ¿Hubiese tomado parte la parótida á residir la placa en la cara posterior del pilar anterior? He aquí otra duda que observaciones ulteriores deben resolver. Y no propongo más cuestiones, por no pecar de prolijo. Bástenos ahora dejar sentado el tema, para que los prácticos, fijándose en él, puedan ir aportando materiales para su resolución. Por nuestra parte juzgamos este punto del mayor interés, tanto para el pronóstico como para la determinación del tratamiento. Una de las conferencias del pasado ejercicio que han quedado inéditas, se refería á indicar los puntos generales que podían servir de base para el estudio de tan importantes cuestiones. De presente, sólo añadiré que nuestro enfermo presentaba los infartos en un sentido inverso á la proximidad, por lo que tocaba á su volumen. Esto es, el tumor mayor estaba sobre la clavícula; el que le seguía en magnitud, más arriba; y los otros superiores eran más pequeños.

Como la experiencia nos confirma cada día que nada es insignificante, que nada ocurre en la naturaleza por mera casualidad ni *porque sí*, que las cosas al parecer más baladíes y de menor importancia encierran la verdadera clave explicadora de supuestos misterios, por eso doy cabida á los referidos detalles, dando punto con una indicación comparativa por extremo singular, á saber: el hecho extraño de la falta de infartos ganglionares consecutivos en los tres enfermos de epitelioma de la laringe. ¿Será que eran epiteliomas intra-glóticos? La epiglotis estaba en todos más ó menos afecta. En uno, corría la invasión á la base de la lengua.

(Continuará.)

REVISTA DE REVISTAS

Cáncer mediastino-pleuro-pulmonar (1), por P. SOLANET y J. J. VITON, *internos del servicio.*—La historia del sujeto que hoy nos va á ocupar es bien pobre: enfermedad que data de cuatro meses y que empezó bruscamente por unos dolores en el costado derecho del tórax, aparecidos sin causa apreciable y en medio de una salud perfecta, que le permitía ocuparse de lleno en sus trabajos de labrador. Al dolor se agregó bien pronto una tos seca y frecuente que le exageraba el dolor torácico, pero no al punto de impedirle sus tareas. Sin alternativas de ningún género pasó un mes, y entonces empezó á notar fatiga cada vez que hacía cualquier ejercicio; fatiga que, aumentando paulatinamente, llegó al cabo de tres meses de enfermedad á impedirle hasta el más insignificante movimiento, viéndose en la necesidad de abandonar sus ocupaciones y guardar una rigurosa quietud. Ya entonces notóse bastante débil, sin fuerzas, muy deprimido, y se dió cuenta de que adelgazaba mucho á pesar de comer bien. Creyendo que algo grave pasaba en su economía, decide venirse á esta capital, é ingresa hace unos diez y seis días en el Hospital San Roque, en donde se le practica al día siguiente de entrar una punción en el tórax, extrayendo un litro y medio de líquido citrino y transparente. Esta intervención no le produjo ningún alivio; y como el líquido volvió á reproducirse y á impedirle el fácil funcionamiento de su aparato respiratorio, se procedió seis días después de la primera punción á efectuar una segunda, que dió salida á unos trescientos gramos y que fué suspendida antes de sustraer todo el derrame, porque el aparato no funcionaba bien. El enfermo, temeroso y no sintiendo mejoría, abandona aquel hospital y acude al de Clínicas, entrando en nuestra sala, donde ocupa una cama.

Esto es lo que nos refiere el enfermo; y nosotros, tomando sus síntomas culminantes, la tos, el dolor y la disnea de esfuerzo, los analizaremos cuidadosamente, tratando de penetrar el verdadero valor que ellos puedan tener. La tos seca y corta sin ningún carácter especial, que exagera al dolor torácico del costado derecho en su parte inferior, unida á la puntada inicial que apareció bruscamente, marcan la primera etapa de una enfermedad del aparato respiratorio, susceptible de producir al cabo de un mes disnea de esfuerzo, que es la segunda etapa, y que lleva al paciente hasta un hospital, en donde por estos datos y por los que seguramente habrá suministrado el examen físico del paciente, edifica el diagnóstico, que en seguida aconseja la intervención y con ella la extracción de una buena cantidad de líquido pleural. Se trataba evidentemente de una pleuresía serofibrinosa.

Aquí es cuando para nosotros aparece un dato muy interesante y que nos pone alerta. En efecto: el enfermo no experimenta mejoría alguna después de esta intervención; y como si eso no bastara, nos refiere que no sólo no se alivió, sino que sus males aumentaron en seguida, junto con la reproducción rápida del derrame que motivó la segunda punción, que no pasó de un conato. Los datos llenos de enigmas no se acaban, y aparece otro que nos lo da el tiempo que ha necesitado esta pleuresía para precisar la intervención; ¿qué pleuresía serofibrinosa evoluciona con tanta lentitud, que sólo después de tres meses y días exige la punción evacuativa?

Es vulgar que las pleuresías sero-fibrinosas que responden al bacilo de

(1) Hospital de Clínicas, servicio del profesor Ayerza.—Resumen de una conferencia clínica.

Koch evolucionen en un mes, y sólo entonces necesitan la evacuación del derrame; pero no creemos, dejando á un lado este dato, que la enfermedad en cuestión tenga en aquel bacilo su etiología. Se trata, en efecto, de un hombre ya maduro, que ha llevado siempre una vida arreglada, exenta de vicios y de enfermedades pulmonares ú otras, y viviendo siempre en la Pampa, allá donde el bacilo de Koch casi no vive. Además, estas pleuresías tuberculosas mejoran después de la punción, y no reproducen su derrame, en caso de hacerlo, en el breve plazo de seis días.

No juzgándonos con datos que nos hagan creer que sea bacilosa esta serositis, y sí con muchos para rechazarla, dejamos por ahora sin resolver la incógnita, tratando de buscar más luz en lo que el enfermo nos pueda mostrar, haciendo sólo constar lo que el paciente nos dice haber sufrido desde que se le punzó en el San Roque. Nos refiere que su fatiga, en vez de aparecer á raíz de los esfuerzos, se hizo continua, y tanto de día como en la noche, tenía de pronto y sin saber por qué accesos de disnea, durante los cuales aumentaba el número de respiraciones, sintiéndose presa de una sensación muy opresora. También su dolor cambió de caracteres y se hizo continuo y más intenso, obligándole á buscar por ciertas actitudes un poco de alivio. Empezó á expectorar cada vez que tosía. Examinando nuestro enfermo, nos encontramos con que su expectoración es mucopurulenta, abundante, llegando á la cantidad de 100 gramos por día, y algunas veces se encuentra mezclada á estrías de sangre roja; no tiene ningún olor. Sufre disnea constante con exageraciones paroxísticas, durante las cuales respira hasta cincuenta veces por minuto. No duerme casi, y el reposo para él no existe. La tos frecuente contribuye en mucho á hacerle insoportable su estado. Observa una actitud especial mientras está en cama: de espaldas, y un poco levantado el tronco por varias almohadas, se inclina ligeramente á la derecha—con lo cual sufre menos.—Tiene fiebre de tipo intermitente é irregular, variando entre 36,5° y 38°. El estado general es malísimo, se encuentra muy decaído y está muy delgado.

El tórax no se mueve con igual amplitud en ambos lados mientras respira; el lado derecho, inmóvil, contrasta con las excursiones exageradas del costado izquierdo.

El tipo respiratorio es torácico superior; los escalenos y esterno-cleido-mastoídeos, entran activamente en función de auxilio.—El lado derecho está además retraído, así como algunos espacios intercostales, de acuerdo, pues, con la existencia de una pleuresía, que evoluciona en largo plazo y que ha producido, como es de regla, la atrofia de la musculatura vecina por inacción funcional y por neuritis.—Cualquier movimiento provoca mucha disnea y la ingurgitación de las venas del cuello y otras de la pared anterior del tórax.

La percusión nos da una submatitez en la fosa infra-clavicular derecha, á cuyo nivel las vibraciones exageradas coinciden con un ruido tubario inspiratorio y espiratorio. Estos signos se perciben hasta el tercer cartílago costal derecho, en donde nos encontramos con una matitez hídrica con ausencia de vibraciones, y donde la auscultación sólo nos permite percibir, y apenas, el murmullo vesicular muy alejado.—No hay pectoriloquia áfona, ni broncofonía, ni ruido tubario, y los cambios de posición no hacen variar los signos percutorios sino en pequeños límites.—Aquella línea de matitez absoluta sigue, aunque descendiendo un poco, hasta la columna vertebral, y por debajo de ella, y hasta el borde costal, se comprueban los mismos signos.—En la fosa supra-espinosa del lado derecho, submatitez, vibraciones aumentadas, broncofonía y tubaria en ambos tiempos de la respiración.—El pulmón izquierdo, sano.

Evidentemente tenemos los signos de condensación pulmonar al nivel del lóbulo superior derecho, y en la base del pulmón de este lado los que demuestran la existencia de un hidrotórax.

El hígado, descendido, nos permite palpar su borde inferior y parte de la cara súpero-anterior, que es lisa y de consistencia normal.—La percusión del corazón nos lo muestra rechazado hacia la izquierda, y su punta

latiendo por fuera del mamelón de este lado. El pulso es regular, late 80 veces por minuto y tiene poca presión.

Al hacer ejecutar movimientos á nuestro enfermo, hemos visto claramente la grande ingurgitación de las venas de su cuello y de muchas otras que en forma de red cubren toda la parte superior de su tórax, y extendiéndose á los hombros se continúan en las extremidades superiores hasta las manos; también en la cara las venas son muy visibles. Al nivel de la fosa supra-clavicular izquierda notamos un pequeño tumor del tamaño de un huevo de gallina, y que al palparlo lo vemos constituído por un conglomerado de ganglios duros, leñosos, grandes é indolentes, y que por no estar adheridos á la piel resbalan perfectamente bajo ella. Seguimos palpando, y no sólo en la otra fosa supra-clavicular encontramos ganglios con iguales caracteres, aunque no tan grandes ni fusionados, sino también en la axila derecha y al nivel del quinto espacio intercostal derecho, entre las líneas axilares anterior y posterior. Por detrás de la horquilla esternal tocamos también un tumor duro, no doloroso, que en forma de lengua parece que tiende á sobresalir en la fosa yugular.

Llegamos, pues, al fin de nuestro examen, y nos preguntamos dudosos: ¿á qué son debidos estos ganglios? ¿Es la tuberculosis quien los engendra? Seguramente no; sería una rareza clínica. Las adenitis tuberculosas del cuello y peribrónquicas (ya que los síntomas de tumor de mediastino son evidentes) son casi patrimonio de los niños y de los sujetos jóvenes, sin contar con que sus caracteres físicos, su marcha, etc., son muy diferentes.

En cambio, la edad de nuestro enfermo, que ha llegado á los cincuenta años, el malísimo estado de su nutrición, el rápido y progresivo decaimiento de su vigor físico de hace cuatro meses, unidos á los caracteres de estas adenopatías, que son de consistencia leñosa por ser tan duras, que no duelen, que no tienen los caracteres de las adenitis inflamatorias, apoyan suficientemente la idea de un neoplasma maligno, de un cáncer del mediastino, y consecutivamente de una adenopatía cancerosa de los ganglios superficiales.

La condensación del parénquima pulmonar ha de ser debida á la infiltración neoplásica, pues sabemos que los neoplasmas del mediastino en poco tiempo invaden el pulmón, reduciéndolo á masa sólida.

¿Pero y la pleuresía? De carácter bastardo, que se reproduce fácil y rápidamente, que no mejora por las punciones, ni desde el punto de vista local ni general, sino que se agrava y que sigue siendo hoy como cuando el enfermo fué punzado en el Hospital San Roque (sero fibrinosa, pues la última punción que hemos practicado nos da un líquido con iguales caracteres, representa para nosotros una manifestación de la invasión de la pleura por la producción neoplásica. Tenemos la convicción que el cáncer de cualquiera de los órganos torácicos no es de un solo órgano sino en su comienzo, y que al finalizar abarca todas las vísceras de esta cavidad.

El que no sea el derrame hemorrágico no habla en contra de su etiología neoplásica para nosotros. Las pleuresías cancerosas son algunas veces hemorrágicas, pero más veces son sero-fibrinosas; y la rareza de un derrame con aquel carácter es parangonable con la poca frecuencia con que observamos la expectoración color jalea de grosellas, como manifestación del cáncer del pulmón. Son más bien hallazgos que síntomas necesarios y obligados, como quieren muchos autores. Su no existencia no invalida el diagnóstico que hoy formulamos sin temor de equivocarnos.

Ante un cáncer mediastino-pleuro-pulmonar, ¿qué actitud debe observar el médico?

Desgraciadamente, es casi la de un espectador impotente: aliviar cuando no se puede curar; y tratando, en la medida de nuestras fuerzas, cada síntoma que la enfermedad presente y que aumente el insoportable estado del paciente, será atendido por nosotros con el objeto de aminorar sus efectos. Por otra parte, la tarea no será larga, pues el desenlace fatal no tardará en producirse.

Agravándose de una manera rapidísima el mal estado del enfermo, la

muerte se produjo cinco días después de la lección clínica del profesor; y la autopsia nos reveló, junto con la exactitud de la observación, la clínica sagacidad del maestro. Se trataba de un cáncer que en su marcha terrible é invasora había hecho suyos el pulmón, la pleura y el mediastino, sin respetar el pericardio, cuya hoja parietal se veía cubierta por una masa brotante de naturaleza neoplásica. El protocolo de autopsia es toda una lección de anatomía patológica, que deja grande enseñanza y viene á dar más fuerza á los recuerdos que de la clase de clínica teníamos.

Entresacamos del protocolo de la autopsia practicada en el sujeto objeto de la conferencia lo que directamente es interesante. Dice así:

En el cuello se encuentran los ganglios del lado izquierdo, aumentados de volumen, de color blanco. En el derecho, iguales caracteres, pero los ganglios son menos numerosos.

Pleuras derechas fuertemente adheridas, imposibles de desprender, de color blanquecino, de medio centímetro de espesor, de consistencia blanda. A la presión se desprende líquido blanquecino untuoso.

Este estado de la pleura es total, avanzando sobre el pericardio hasta casi ocultarle. La separación con el diagframa es imposible. La separación de los tres lóbulos del pulmón no se hace en la superficie.

Al corte, se encuentra que las pleuras de los lóbulos también están espesadas y que se fusionan entre sí, presentando el mismo aspecto. Se nota, también por el corte, que de la parte media y posterior de la pleura diafragmática parte una masa edematosa que, separando la pleura visceral, se extiende en una extensión de quince centímetros hacia el vértice del pulmón; masa edematosa de color amarillo, con líquido citrino.

Los músculos intercostales se encuentran infiltrados por masas blanquecinas.

En el lado derecho de la línea axilar media, un pequeño ganglio, aumentado de volumen normal, de color blanco, quebradizo.

Los cartílagos y huesos no parecen tomados por el neoplasma. Esta envoltura del pulmón hace ligera prominencia hacia la fosa supra-clavicular derecha y en la horquilla esternal.

Las partes vecinas del pulmón presentan una infiltración con estrías blanquecinas, que se propagan poco hacia su interior.

El pulmón derecho presenta sus dos lóbulos inferiores congestionados, y en el superior una hepatización gris con pequeñas cavernas. No se encuentran granulaciones tuberculosas.

El pulmón izquierdo presenta en la lengüeta unos pequeños nódulos de metástasis subpleurales. Se encuentra ligera congestión.

Cavidad del pericardio, con 150 gramos de líquido sero-fibrinoso.

Ambas hojas, con signos de inflamación aguda. Miocardio, color amarilo, de hoja muerta y de consistencia disminuída. Endocardio, sano.

Vena cava superior, se encuentra disminuída de calibre por estar aplastada por el plastrón pleural.

Hígado, con nódulos de metástasis de tipo carcinomatoso; se encuentra aumentado de volumen. Los nódulos son numerosos y de tamaños variables.

Riñones, de volumen normal, de color rojo; presentan dos pequeños nódulos del tamaño de una cabeza de alfiler, blanquecinos.

En el intestino delgado se encuentra un pequeño nódulo subseroso del tamaño de una arveja.

Hubiéramos deseado publicar una reproducción de una espléndida radiografía; pero la falta absoluta de tiempo no nos permite este gusto. Ella nos muestra en el pulmón derecho, y desde la espina del omoplato de este lado hasta la base del tórax, una zona negra de límite preciso y perfectamente horizontal, que patentiza el derrame que existía en el enfermo en los días en que sirvió para la lección. En el vértice de este mismo pulmón se nota menor transparencia que en el del otro lado.—(De la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, de Buenos Aires.)

Siete casos de talla hipogástrica, por cálculo vesical, en niños, por el Dr. D. Carlos Negrete, *Profesor Ayudante del Dispensario de Vías Urinarias en el Instituto Rubio.*—El día 29 de Diciembre último presenté al Ateneo Médico-Quirúrgico una comunicación sobre estos casos, que, por el escaso tiempo que el Reglamento concede, no pude exponer con la extensión debida.

Me decido á publicarlos, no porque encierren grandes enseñanzas ni pretenda resolver con ellos ningún problema; son unos cuantos más, aportados á la literatura de la especialidad, que demuestran las indicaciones y ventajas de la talla hipogástrica en los niños; y aunque hoy pueden darse por dilucidados todos los detalles de técnica referentes á esta intervención, no está fuera de lugar hacer hincapié, porque son enfermos los calculosos y operación la talla de frecuente observación los unos é indicación la otra.

Caso primero (1).—El día 10 de Noviembre de 1902 se presentó, en el Dispensario de Vías Urinarias del Instituto Rubio, un matrimonio con una niña de nueve años de edad, llamada E. S., oriundos de la provincia de Avila; delgada, facies terrosa y quejándose continuamente, sin que ésta ni los padres nos suministren antecedente alguno que pudiera relacionarse con la enfermedad que sufría. El Dr. D. Celestino Moliner, jefe de la Consulta de Paidopatía del Instituto, fué el primer profesor que la observó, y diagnosticada de cálculo vesical, nos la envió para que empleásemos el tratamiento oportuno; echada la niña en la mesa de reconocimientos, pudimos comprobar por medio de un explorador metálico la presencia de un cálculo blando. Diósela entrada, y el 14 de Noviembre, convenientemente preparada, se procedió á practicar la litotricia, que no pudo terminarse por las dificultades que surgieron (el cálculo se había formado sirviéndole de núcleo una horquilla que la niña se había introducido, hecho que confesó días antes de su salida del hospital). En vista de este contratiempo, se hizo la talla hipogástrica por el procedimiento que más adelante citaré, y que es igual para los otros seis casos.

El curso post-operatorio de esta enferma no pudo ser mejor: á las cuarenta y ocho horas suprimimos el desagüe que acostumbramos á dejar en el ángulo inferior de la herida; la sonda se quitó á los doce días, y la niña salió completamente curada en los primeros días del mes de Diciembre siguiente.

Caso segundo.—El niño E. G., de tres años y medio de edad, natural de Badajoz, lo vimos por primera vez en la Consulta el día 20 de Octubre de 1902. De buena constitución, sin ningún antecedente patológico, hereditario ni individual; año y medio fué el tiempo transcurrido desde el principio de su enfermedad hasta que lo vimos, y en ese período observaron los padres que el niño orinaba con muchísima frecuencia, sobre todo durante el día, prorrumpiendo en agudos gritos á cada micción; algo de prolapso rectal, interrupción brusca del chorro, y posteriormente llamó su atención unas cuantas gotas de sangre al final de la micción; en vista del acrecimiento de estos síntomas, decidieron traerlo á Madrid. Indicada á los padres la necesidad de intervenir, se le dió ingreso, siendo operado el 29 de Octubre; y sin nada digno de mención que anotar durante su permanencia en el Instituto, fué dado de alta el 20 de Noviembre.

Caso tercero.—El día 12 de Abril de 1903 se presentó en la Consulta el niño D. B., de cinco años de edad, natural de Avila, de aspecto sano, sin antecedentes que puedan tener relación con su afección, la que llevaba un año de fecha cuando la observamos; frecuencia de la micción y fuertes dolores, sobre todo después de la misma, congestión y alargamiento del miembro, son los síntomas de este enfermo; la sonda de bola nos demostró la existencia de un cálculo liso y duro. Este enfermito fué

(1) Este caso fué publicado en extenso por la Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas en el número 27, correspondiente á Marzo de 1903.

operado el día 17 de Abril; y fué tan rápida la cicatrización, que el 1.° de Mayo marchó á su pueblo completamente curado.

Caso cuarto.—A. R., de cinco años de edad, natural de Ciudad Real, preséntase en la Consulta en los últimos días del mes de Mayo último; niño en el que contrastaba su aspecto de salud y robustez con los agudos dolores que sufría hacía dos años. Era éste un enfermo en el que la sintomatología calculosa resaltaba en toda su pureza: frecuencia de la micción, dolores y hematuria terminales, cistitis intensa (desde hacía tres meses), miembro rubicundo y alargado por las reiteradas tracciones que el niño ejercía; explorado con la sonda de bola, se confirmó nuestro diagnóstico. Ingresado en la Clínica, fué operado el día 5 de Junio, siendo dado de alta el 20 del mismo mes.

Caso quinto.—J. O., de cuatro años de edad, natural de Albacete, con residencia en Madrid; lo vi por primera vez en mi Consulta á últimos de Junio de 1900. Un año llevaba padeciendo este niño, en el que los síntomas eran los siguientes: frecuencia de la micción, grandes dolores al expulsar las últimas gotas, sensación de picor en la extremidad del glande, y prolapso rectal. Operado el 1.° de Agosto, le dí el alta el 17 del mismo.

Caso sexto.—L. G., de ocho años de edad, natural de Ciudad Real; lo vimos en la Consulta del Instituto á últimos de Octubre pasado; niño endeble, representando por su desarrollo cinco ó seis años, en el que hacía dos empezaron las primeras molestias, que continuaron aumentando y agravándose hasta llegar al estado actual: incontinencia, dolor intenso al final de la micción, y cistitis. Ingresado en Clínica, fué operado el día 6 de Noviembre de 1903; nada ocurre de particular en este enfermo hasta el quinto día. En la visita de la mañana noto que el niño aqueja dolores hacia el pubis, elevación de temperatura, lengua saburrosa y seca; levanto el apósito, y por el ángulo inferior de la herida empieza á salir pus bastante espeso verde-amarillento (la sonda de De Pezzer funcionaba bien); quito todos los puntos de la herida cutánea para desaguar bien, y ordeno dos curas diarias y lavado del absceso con disolución de permanganato potásico al 1 por 4.000, logrando agotar la supuración y salir el enfermo curado al mes exacto de la operación; hay que hacer constar que, á pesar de este contratiempo, la sutura vesical unió perfectamente, sin que se escapase por ella ni una gota de orina.

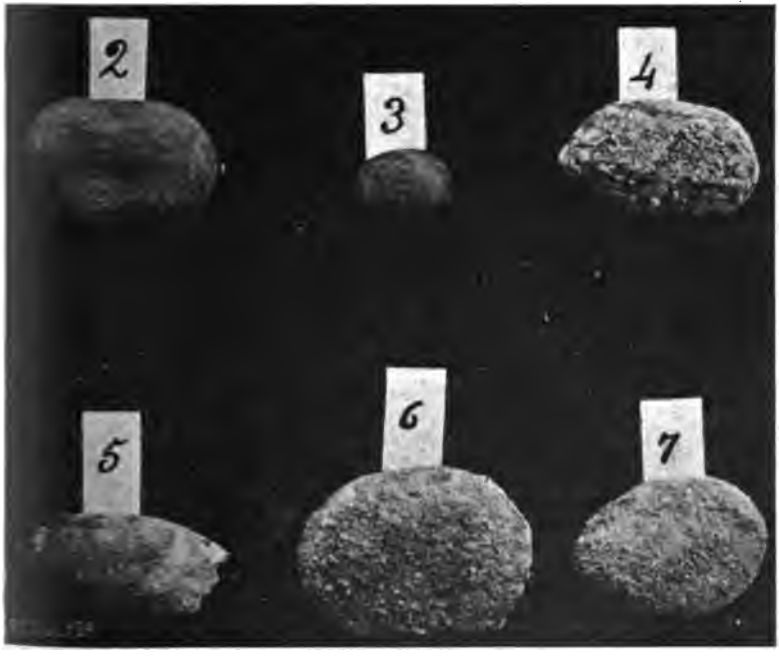
Este enfermo fué intervenido por el Dr. D. Manuel del Castillo, al que tuve el honor de ayudar.

Caso séptimo.—J. S., de cuatro años de edad, natural de Jetafe, con residencia en Madrid, fué presentado en la Consulta del Dispensario á primeros de Noviembre último, con historial sintomático tan parecido á los anteriores que excuso repetirlo; ingresa en Clínica el día 10 del citado mes; y operado el 13, nada digno de mención hasta el cuarto día, en que al hacer la visita matinal lo encuentro con el vendaje empapado de orina y sin sonda; el enfermo durante la noche se la había quitado, y una negligencia inexcusable le había dejado en esta situación hasta las nueve de la mañana, que nuevamente se la coloqué. Afortunadamente, la cosa no pasó á mayores: el niño siguió sin novedad, y el día 4 de Diciembre salió perfectamente curado. Este enfermo fué operado por mi querido amigo y compañero el Dr. D. Lucinio San Román, al que con mucho gusto ayudé y cedí el enfermo.

La talla hipogástrica en los niños afectos de cálculo vesical es el procedimiento de elección y el que mejores resultados da: la dureza de los cálculos en estas edades, compuestos, casi en la totalidad de casos, de ácido úrico, uratos y oxalatos, y la estrechez del calibre uretral, dificultan en extremo la litotricia, que tiene sus verdaderas y precisas indicaciones en otras edades; y respecto á la talla perineal, más adelante diremos el concepto que nos merece; paso á describir la talla clásica, la practicada en estos enfermos.

Previo purgante y baño general la víspera, es trasladado el enfermo á la sala de operaciones, procediéndose á la desinfección de la región ope-

ratoria con agua caliente y jabón, alcohol y sublimado, aislándola de las regiones vecinas con grandes compresas ó servilletas esterilizadas al autoclave; lavada la uretra con disolución templada de ácido bórico, se introduce una sonda de llave en la vejiga, con la que se lava dicha cavidad hasta que el líquido salga completamente claro, dejando dentro de 100 á 150 gramos de la disolución; se cierra la llave de la sonda, y ésta se sujeta rodeando al miembro ó un tubo de goma ó una sonda de Nélaton, anudada y sujetos los cabos con una pinza de presión continua; se hace una incisión en la línea media, de 8 á 10 centímetros, desde debajo del ombligo hasta la sínfisis pubiana, que comprende la piel y tejido celular; se pasa entre los dos músculos rectos cortando la línea blanca, descu-



Cálculos pertenecientes á los casos expuestos.—Tamaño natural.—Del número 1 no se ha hecho fotografía por estar triturado en su mayor parte y deformada la horquilla.

briéndose la grasa subperitoneal y peritoneo, que con los dedos índices se va desprendiendo con cuidado y llevándolo á la parte superior de la herida; en este momento aparece la vejiga de color azulado y surcada por gruesas venas; pásanse dos hilos de seda (fiadores) uno á derecha y otro á izquierda, que son sostenidos por un ayudante, y levantada la vejiga se incinde de arriba á abajo y de un solo golpe, en extensión de un centímetro y medio á dos; ábrese la llave de la sonda, sacándola en cuanto haya salido todo el líquido; se explora con el dedo índice la cavidad, y con unas tenazas rectas ó curvas se extrae el cálculo, volviendo á explorar para asegurarse que no existe ningún otro cuerpo extraño; acto seguido se introduce por la uretra una sonda de seda ó bujía fina, cuyo extremo se saca por la herida operatoria, y en el que se enchufa una sonda de De Pezzer; se tira de la bujía hacia fuera (por el extremo uretral) hasta que el ensanchamiento terminal de la citada sonda se adapte al cuello de la vejiga; desenchúfase la bujía para proceder á la sutura de la vejiga, que

hacemos en dos tiempos: enhebrada una aguja con catgut, se van pasando puntos entrecortados que cogen los dos labios de la herida, menos la mucosa, de cuyos puntos se cogen los cabos, separadamente los de cada lado, con una pinza; con seda se hace una sutura continua, por encima de la cual anudamos los puntos primeros; quítanse los fiadores, y con una jeringa cargada de disolución bórica se inyecta por la sonda con sumo cuidado para cerciorarse de la perfecta adaptación de la sutura; con crin de Florencia, y en ocho de guarismo, se cierran las paredes del vientre, dejando un pequeño drenaje de gasa en el ángulo inferior de la herida, completando la intervención un apósito antiséptico. Trasladado el enfermo á la cama, se enchufa la sonda con un tubito de cristal de 8 á 10 centímetros de longitud, y éste en otro de goma, que se sumerge en un orinal de cristal conteniendo una disolución de sublimado. El primer día se hacen lavados vesicales con poca cantidad de líquido, y con el fin de limpiar la vejiga de sangre, etc., cada cinco ó seis horas; en los días sucesivos, y no ocurriendo ningún contratiempo, basta con un lavado: á los tres días suprimimos el drenaje; á los cinco ó seis se cambia la sonda por otra, y á los doce ó catorce puede suprimirse, como igualmente la sutura de las paredes.

Los síntomas de los cálculos urinarios son de tres órdenes: fenómenos dolorosos, trastornos de la micción y modificaciones de la orina; y aunque á veces se presentan con mucha claridad, la mayor parte los observamos con mil variantes en su intensidad, continuidad, modo de ser en general, etc.; y así como hay enfermos á quienes un cálculo pequeño les ocasiona violentos dolores y molestias sin cuento, en cambio otros apenas si experimentan ligera sensación de pesadez, á pesar de tener un cálculo grande.

Los dolores de los calculosos son espontáneos y provocados: al principio de la afección el enfermo siente, más que dolor, una molestia ó sensación de peso en el bajo vientre, que se irradia hacia el periné y recto, que se presentan por crisis seguidas de períodos de verdadera calma; más adelante son reemplazadas por dolores que se extienden al glande, uretra, escroto, testículo, riñones, sacro, miembros inferiores y hasta el pie, constituyendo la *podalgia* de los patólogos americanos; yo no he tenido ocasión de observar este síntoma. Las sensaciones dolorosas espontáneas que los niños sufren con más frecuencia, aparte el tenesmo rectal y hasta el prolapso, son en el glande, de picor y quemadura, que les obliga á ejercer tracciones del miembro, manteniéndolo en estado de congestión y priapismo casi constante, que predispone al onanismo; y no sólo esto: efecto de los estiramientos continuos, determina á la larga el alargamiento del pene y hasta su hipertrofia.

Una de las causas provocadoras del dolor en los calculosos es el movimiento de la piedra por el hecho de la micción, y se explica fácilmente: los enfermos no sufren generalmente durante la salida del chorro, sino antes, y mucho más después; cuando la vejiga contiene cierta cantidad de orina, la piedra, siguiendo el principio de Arquímedes, pierde de su peso el que representa el volumen de líquido desalojado; por consiguiente, para el hecho del dolor pesa menos, su contacto con la mucosa es más dulce, como dice Guyón; al mismo tiempo, como la vejiga adquiere mayor capacidad, el cálculo se coloca en la parte más declive, reposando en el bajo fondo, que es la región menos inervada, y por consiguiente menos sensible; en el estado de vacuidad, y más aún al expulsar las últimas gotas de orina, las contracciones vesicales impulsan la piedra hacia el cuello, que es precisamente el sitio más sensible, y de ahí la aparición del dolor al final de la micción. Los movimientos del enfermo son causa de dolor, siendo más intensos éstos cuanto más bruscos aquéllos; hay calculosos que soportan bien el paseo siempre que el piso no sea accidentado, pero aparece el dolor con el más pequeño salto, ó si una desigualdad obliga al enfermo á ejecutar un movimiento que no esté dentro de lo acompasado de una marcha regular, en que las oscilaciones de la pelvis y órganos que encierra son poco marcadas, ó por lo menos insuficientes para ocasionar desplazamientos de la piedra que contundan la mucosa.

Al lado de éstos hay otros que no sufren ni la marcha más lenta; el solo acto de estar de pie ó sentado, despierta el dolor; en general, aguantan bien ir en vehículos pesados ó que marchen sobre rails; no así en los ligeros que vayan por malos caminos ó calles mal pavimentadas; la marcha á caballo les es muy molesta también; lo corriente es que, no habiendo cistitis, el reposo haga ceder los dolores.

Los trastornos de la micción están representados por retención, incontinencia, frecuencia de la micción é interrupción brusca del chorro; la retención es rara en los niños, y depende, ó de una prolongación del cálculo en la uretra, ó de hipertrofia de la próstata; por tanto, es síntoma que se observa en los viejos, en quienes, por el hecho de la misma retención, se producen fermentaciones amoniacales de la orina con precipitación de fosfatos, formándose los cálculos que se llaman por sedimentación; en contraposición á la anterior, la incontinencia se ve con frecuencia en los niños, y tiene su origen en la cistitis, que muchas veces acompaña á los cálculos (como complicación), ó se produce mecánicamente, ya porque el cálculo se insinúe en el cuello y no pueda cerrarse, ó porque, aplicado contra él y dificultando la expulsión de la orina, la vejiga se pone en retención y los enfermos orinan por rebosamiento, traduciendo una retención con distensión; mas para que la incontinencia se produzca por este último mecanismo, hacen falta condiciones especiales, cálculo poco pesado para que sea arrastrado por la corriente, y una disposición de la vejiga que lo mantenga en dicha posición; cosa improbable permanentemente, pues en cuanto la vejiga se distienda, el cálculo, siguiendo las leyes de la gravedad, caerá en el fondo, y más tratándose de niños, en los que la vejiga no tiene divertículos ni columnas que pudieran sostener el cálculo en una posición determinada y fija; y aunque muchas veces parece que el cálculo tiene especial predilección por un sitio de la vejiga, esto no ocurre con frecuencia: casi todos ocupan el fondo, y, por consiguiente, debajo del cuello. Unicamente los formados alrededor de cuerpos extraños (horquillas, trozos de cánulas, de lápiz, etc.), ocupando el diámetro transversal de la vejiga, se apoyan por sus extremos en las paredes, y se los encuentra en la parte superior de dicha cavidad.

La frecuencia de la micción depende de dos causas: de la cistitis y de los movimientos del enfermo, estando en este último en relación directa aquélla con éstos; y tanto es así, que los calculosos son enfermos durante el día y sanos por la noche, excepto cuando hay cistitis. La interrupción brusca del chorro, que muchos consideran como signo patognomónico de calculosis, entiendo que no hay que darle tanta importancia, por faltar muchas veces; cuando existe ó es debido á una contracción brusca, espasmódica, del esfínter vesical, fenómeno que se presenta en muchas afecciones inflamatorias del cuello, ó tiene su origen en la movilidad del cálculo, que arrastrado por la corriente obtura dicho cuello; y como para que esto tenga lugar es preciso que el cálculo sea pequeño y ligero, y en los niños precisamente los cálculos son más pesados, creo se debe achacar la interrupción del chorro á la contracción espasmódica del cuello; y dado caso que se produzca, hacer que el enfermo orine varias veces en días distintos, de pie y echado; si se produce siempre orinando de pie y no echado, entonces se le dará su justo valor.

La más importante de las modificaciones de la orina en los calculosos es la hematuria; y si significación tiene por la pérdida que representa en todo caso y en todo órgano la salida de sangre, la tiene aún mayor por las circunstancias en que se produce: la hematuria de los calculosos es, en la mayoría de casos, esencialmente traumática; se presenta después de sacudidas y movimientos, para cesar con el reposo; de modo que se puede decir que los enfermos orinan sangre á voluntad; es la resultante de los continuos traumatismos que el cálculo infiere á la mucosa vesical, que necesariamente provocan un estímulo que ha de traducirse en congestión, y el papel que ésta juega en las hemorragias se comprende y explica perfectamente sin necesidad de ahondar mucho en la fisiología patológica de

las hematurias (1). Generalmente la sangre sale al final de la micción, y es síntoma que en los niños falta muchas veces; las demás alteraciones que se presentan en la orina, y de las que es responsable la cistitis, no tienen significación precisa para el diagnóstico de cálculo, si bien deben tenerse muy en cuenta para la intervención y sus ulteriores consecuencias.

La evolución de los cálculos vesicales, en lo que á su crecimiento atañe, es regularmente progresiva; no así en lo que se refiere á sintomatología, pues ya dijimos al principio que al lado de enfermos portadores de gruesos cálculos con molestias relativamente pequeñas, hay otros en quienes un pequeño cálculo reclama una pronta intervención; no es esto la regla, pero por lo mismo merece fijar la atención.

No dejan de ser frecuentes las complicaciones de los cálculos; y aparte la perforación de la vejiga, que yo no he observado, y de la que Chapplain cita 29 casos en su tesis *Des perforations vésicales par calculs*, las más corrientes son las cistitis, que en sus síntomas difieren poco de las otras, las urétero-pielitis ascendentes y las pielo-nefritis, observándose estas últimas con preferencia en los calculosos viejos, infectados, con retención y distensión vesical; complicaciones todas que pueden matar al enfermo por cualquiera de las formas de uremia.

Para sentar el diagnóstico de cálculo, dos caminos deben seguirse: estudio atento de los síntomas, y exploración de la vejiga; cuando la sintomatología está bien marcada, y esto ocurre frecuentemente en los niños, el cirujano habituado puede diagnosticar la piedra, cuyos síntomas, en esta edad, únicamente podrían confundirse con la cistitis tuberculosa; el tacto rectal, la sonda blanda, la bujía de bola, los exploradores metálicos, la endoscopia y la radioscopia, son los medios destinados á la exploración vesical. El tacto rectal, que en el adulto, y más en el viejo, da pocos ó ningún dato, en el niño se debe emplear combinado con la presión hipogástrica (en razón á las dificultades del cateterismo), del siguiente modo: introducir el dedo índice en el recto, y levantar la pared del intestino como buscando el fondo de la vejiga; retirarlo de pronto sin sacarlo, para sentir el choque de la piedra sobre el dedo: con la sonda blanda son oscuras las sensaciones; una fina bujía olivar es el mejor instrumento cuando de niños se trata, siendo muy raro que el cálculo, aunque sea pequeño, se escape á su contacto. ¿Se debe explorar la vejiga inyectando previamente un líquido? Mi opinión, aplicada á los niños, es negativa, por dos razones: la primera, porque son vejigas sin columnas ni divertículos, entre los que pudiera ocultarse la piedra: la próstata es rudimentaria. Y segunda, porque, coexistiendo cistitis en algunos sujetos, aumentaremos los sufrimientos con la inyección, poniendo á prueba la sensibilidad de la vejiga á la distensión. Los exploradores metálicos dan la sensación de cálculo muy clara; son, con la bujía de bola, el mejor medio para confirmar el diagnóstico, pero su uso en los niños tiene ciertas dificultades: en unos por el pequeño calibre uretral, y en todos por el miedo que les causa, siendo precisa muchas veces la narcosis para realizar la exploración; la endoscopia vesical ó cistoscopia tiene en los niños pocas aplicaciones, y la radioscopia, que nosotros usamos en un niño en que el cateterismo era dificilísimo por tener una falsa vía, es un procedimiento de indudables ventajas; excusamos encarecer que todas las anteriores operaciones se practiquen con los cuidados de asepsia y antisepsia que son de rigor en el cateterismo explorador.

El pronóstico de los cálculos, siempre serio, varía según condiciones del mismo y según el enfermo; pero se puede supeditar al estado de la vejiga, uréteres y riñones.

Para el tratamiento de los cálculos vesicales, esencialmente quirúrgico, tres son las operaciones propuestas: litotricia con aspiración, de la que

(1) *Des conditions dans lesquelles se produisent les hématuries vésicales. Annales des maladies des organes genito-urinaires.*—Guyón, 1897.

ahora no me ocupo; talla perineal y talla hipogástrica. Hubo un tiempo en que las opiniones estaban divididas acerca de cuál de las dos tallas era la más indicada y cuál daba mejores resultados; hoy está fuera de duda, sancionado por la práctica, y creo que hasta por el sentido común, admitir, como método de elección en los niños, la hipogástrica; la talla perineal es una operación ciega: expone á hemorragias, á heridas del recto (cirujano ha habido que extrajo con las tenazas un pedazo de excremento), á la impotencia, á fístulas; y si en la era pre-antiséptica que el vientre era un arca sagrada, y tocar el peritoneo equivalía á la muerte irremisible del enfermo, estaba justificada, hoy ha caído en desuso dicha talla, para la que existían, entre otros métodos, la media, lateral, media con incisiones bilaterales, recto-vesical y para-rectal ó sacra.

La talla hipogástrica media clásica es la que hacemos, dándonos suficiente luz y espacio para exploración directa de la vejiga; muchos procedimientos hay, que mencionaremos á continuación: la transversal de Trendelenburg, con sección de los músculos rectos, tiene el inconveniente de exponer á eventraciones y fístulas persistentes ó muy rebeldes; para obviar este inconveniente propuso Desnos, en la sesión celebrada el día 24 de Octubre de 1896 (1), hacer la incisión media como en la clásica; pero en lugar de seccionar los rectos, desinsertarlos de sus ataduras pubianas (prolongando la incisión de los tegumentos hasta un centímetro de la raíz del pene), suturando después con seda ó catgut grueso, y concluye diciendo que la unión es perfecta, sin que se haya retardado la curación en ningún caso; talla infrapubiana de Langenbuch, con incisión media al nivel del pubis, con prolongaciones laterales (人), sección del ligamento suspensor del pene, separación de las raíces de los cuerpos cavernosos por debajo del pubis, para de este modo atacar la vejiga directamente por encima del cuello; talla transpubiana de Helferich, para la que es necesario quitar un cuadrado óseo de la sínfisis; la sinfisiotomía, la medio-transversal de Legueu y la infra-sinfisiaria de este mismo autor, aplicada principalmente para la extracción de cuerpos extraños de la vejiga de la mujer (2); todas estas variedades de procedimientos no tienen adaptación á los casos concretos de cálculo vesical en niños á que nos referimos.

¿Se debe incindir la vejiga estando previamente llena de líquido? Es conveniente, pero no preciso; porque si bien es verdad que en el niño el peritoneo desciende poco, por la cara anterior de la vejiga facilita la maniobra de remontarlo á la parte superior. Legueu ha propuesto (3) el siguiente procedimiento, que él emplea: sustituye la inyección de agua por una inyección de aire esterilizado, tomado en la jeringa con intermedio de una lámpara de alcohol en cuya llama se quema; con esta modificación, que usa también Frank, de Berlín, no sólo para la talla, sino para la operación de Bottini, tratan de evitar la infiltración de la cavidad abdominal por el líquido derramado al hacer la incisión vesical; nosotros, que como ya dije, dejamos de 100 á 150 gramos de líquido, no hemos tenido accidente alguno imputable á la infiltración. Ahora bien: tratándose de vejigas irritables, inflamadas y por ende sensibles á la distensión, debe hacerse la talla sin inyección de ninguna clase, sin que por esto las dificultades sean insuperables.

¿El globo de Petersen ayuda en la técnica de la talla lo que su autor se propuso? No; y aparte que ha producido alguna vez rotura del recto, el cirujano debe pasarse sin él: Petersen pensaba que, introducido su globo en el recto, cambiaba la estática vesical, haciendo menos probable la herida peritoneal y más accesible dicho reservorio; pero hay que tener en cuenta que las relaciones del peritoneo con la vejiga cambian según el volumen de ésta, no según su posición.

---

(1) *Première session de l'Association Française d'Urologie tenue à Paris du 22 au 24 Octobre 1896.*

(2) *Annales des maladies des organes genito-urinaires*, 15 Decembre 1903.

(3) *Sixième session de l'Association Française d'Urologie.* Paris, Octobre 1902.

Punto discutible, aun hoy, es si se debe suturar la vejiga ó drenarla. Creo preferible la sutura en dos planos, dejando sonda permanente; el cisto-drenaje lo soportan mal los niños, y aun en caso de violenta é intensa cistitis hemos visto cicatrizar las vejigas, máxime cuando la sonda permanente por sí sola es un medio de tratamiento de las cistitis: la sutura en los niños da resultado lo menos en el 80 por 100 de casos.

Una modificación importante en la técnica de la sutura vesical es la ideada por Ferraresi (1); una vez colocados los hilos suspensores, en lugar de hacer la incisión rectilínea y de un solo golpe, diseca una pequeña elipse que, dejando intacta la submucosa, no comprende más que la capa muscular, disección que se hace sin inconveniente por lo fácil que es desprender dicho plano muscular; sobre los lados de la elipse se pasan asas de seda ó catgut, interesando sólo el espesor de la submucosa; se incinde entonces en la línea media la submucosa y mucosa, de modo que la incisión sea equidistante de los lados de la elipse. Terminada la operación, se anudan los hilos que estén enfrente uno de otro, teniendo cuidado que las superficies opuestas de la submucosa miren al interior de la vejiga y su contacto sea perfecto; esta modificación, de rápida y fácil ejecución al decir de su autor, asegura el perfecto contacto del plano submucoso á todo lo largo de la incisión en una altura de tres milímetros próximamente. La ruptura de la vejiga es un incidente improbable y sin importancia cuando es extra-peritoneal, y la herida del peritoneo tampoco es común ni difícil de remediar; sólo en el primer caso de los operados herimos el peritoneo al pretender levantarlo, maniobra difícil á causa de una pericistitis esclerosa coexistente; una vez suturado, no alteró en nada el curso post-operatorio de la enferma.—(De *El Siglo Médico*.)

Madrid, Enero 1904.

Indicación terapéutica del flemón de Fochiér en la gripe infantil, por el Dr. D. Jesús Sarabia y Pardo, *Profesor de enfermedades de los niños en el Instituto Rubio*.—Pocos son los casos de éxito alcanzado hasta la fecha con el plan terapéutico científico de la aplicación del flemón de Fochier en los estados infecciosos gripales de difusa localización, de duración variable y siempre larga, y en los cuales han resultado ineficaces otros remedios, que no lograron guiar la naturaleza del enfermo por un camino seguro hasta la curación. Pero aun cuando los que han sido objeto de mi observación alcanzan solamente á cinco en la actualidad, creo oportuno dar cuenta de ellos, en espera de que nuevas observaciones confirmen ó rectifiquen mi modo de apreciar este asunto, nuevo, que yo sepa, pero muy lógico á mi juicio si juzgamos la cuestión, ya sea de modo empírico, pero racional, que después de todo es lo más aceptable para nuestras determinaciones clínicas, mucho más si los hechos producen el éxito que se desea.

Conocía desde su publicación los trabajos del Dr. Fochier, de Lyon, preconizador de la provocación del absceso fijador en la septicemia puerperal, y recordaba algunos casos de infección de gripe, de forma tóxica nerviosa desde el principio, constituyendo la variedad clínica llamada «gripe de forma cerebral», y aquellos otros sin localización fija, en los que el predominio de síntomas está en relación con la gravedad del proceso, que al fin domina al enfermo, haciéndole sucumbir víctima de intoxicación de los centros cerebro-espinal y trisplánico, ante cuyos estados resulta impotente la terapéutica más activa y racionalmente dirigida. Por esto pensé que aquella naturaleza, que no podía resistir el efecto de una infección tan difusa y persistente, pudiera tener desahogo por medio de algún recurso que fijara, por la localización de defensa orgánica, lo que por

---

(1) *Di una modificazione nella cistotomia soprapubica*, publicado en los *Annales des maladies des organes genito-urinaires*. París, 1903.

otros medios eliminadores no se podía conseguir. Al efecto, no me parecía fuera de razón proceder en la forma que Fochier adopta para la septicemia puerperal; y poniendo en práctica el procedimiento, he podido apreciar lo que puede significar científicamente, y su valor en el terreno clínico.

El agente específico causa de la infección gripal es siempre el mismo; las variantes clínicas por las que se manifiesta, dependen de su localización, diversa según la predisposición individual en el momento del ataque, y más ó menos intensa según las defensas orgánicas contra la infección del individuo atacado. El bacilo de Pfeiffer no determina como otros, por ejemplo, el de Eberth, las mismas lesiones en todos los casos; los efectos de su ataque no tienen cuadro clínico definido, é indudablemente no se puede señalar una marcha ya conocida en su desarrollo patológico. El atacado de gripe, sea cualquiera su forma, no tiene marcado jamás el camino que ha de recorrer en su enfermedad; *no hay patocronia fija, y sus probables complicaciones no pueden ser definidas de antemano, por lo incierta que es su evolución.*

De aquí que pueda afirmarse que cada enfermo de gripe es un nuevo caso clínico á estudiar, cumpliéndose la idea de Peter de que cada enfermo individualiza sus enfermedades, aun en las más específicas. Debe verse en ellos que lo más característico es la infección, pues las lesiones por las cuales se manifiesta, si bien tienen importancia, según el órgano donde radica, la tienen más por ser la infección lo que le da el carácter de benignidad ó de malignidad, y la que por sí llega á ser en un momento dado la causante de un fracaso, siendo entonces la localización lo de menos importancia en el caso clínico, pues en ésta, como en otras infecciones, se observa el grado tóxico nervioso central primitiva ó secundariamente.

No soy de los que interpretan la malignidad de un ataque de infección gripal por el grado de virulencia del bacilo que la determina. Creo que la receptividad individual y el grado de su defensa orgánica (fagocitosis de Metchnicoff, ó con arreglo á la teoría de Buchner) gradúan la intensidad de la infección. Así sucede que, en unos, el período tóxico es el que se manifiesta primero, pasando casi inadvertida la localización contra la que lucha el organismo; mientras que, en otros enfermos, con localización intestinal, por ejemplo, bien definida, después de luchar para modificarla, ya al septenario, antes ó poco después, se rinde aquel organismo á los efectos de síntomas del trisplánico, del bulbo ó de las meninges cerebrales, siendo ineficaces entonces cuantos recursos se empleen para vencer aquella situación. Estos casos, no frecuentes por fortuna, han sido observados por muchos clínicos, y ellos son los que han originado preocupaciones al ver cómo la enfermedad vence y la terapéutica resulta impotente. Ante ellos hemos pensado, y la lógica nos lleva á la aplicación del concepto que en sí encierran los probables efectos de un emunctorio provocado con objeto de ayudar al organismo á luchar, con probabilidades de mayor éxito, contra la infección.

Aparte de otras formas de manifestarse la gripe, existe en los niños la bronquial ó respiratoria, la gastro-intestinal y cerebral; y en ellas son en las que he tratado de aplicar este plan terapéutico, por ser las que más gravedad pueden ofrecer.

Las formas que más se observan de la infección gripal son, sin duda alguna, la bronquial, bronco-neumónica y la gastro intestinal, más frecuentes las primeras que las segundas; con relativa rareza, en la práctica, por fortuna, se presenta la cerebro-espinal como tipo clínico desde su origen; pero en cambio el paso de localización de aquellas formas á esta última, por toxicidad de la sangre, ya se puede y debe pensar en ella para evitarla. No he de describir aquí cuáles son los síntomas que caracterizan dichas formas clínicas bien conocidas, porque su estudio es bastante completo, puesto que en España, de quince años á la fecha, puede decirse que su carácter endémico nos presta grandes enseñanzas. Quiero dejar senta-

do que las formas *torácica* y la *gastro-intestinal en la infancia* pueden evolucionar en tiempo más ó menos largo y arribar á la curación sin contratiempo alguno, y que para ellas hay medicación apropiada y eficaz; la cerebral es fatal casi siempre, si es la que se desarrolla desde el principio, y entonces la terapéutica resulta por hoy estéril. Es evidente que contra ella no hay remedio terapéutico definido.

Mas conviene saber que no es posible en aquellos dos tipos nosológicos (torácico y gastro-intestinal) predecir si su marcha será hacia la curación en plazo largo ó si en el curso de ellos la toxicidad nerviosa central complica el proceso y la muerte es inevitable. En la infancia esto se observa, y sobre ello debo llamar la atención.

No he de describir cómo se provoca el flemón según la práctica del Dr. Fochier; pero sí he de indicar algo respecto del sitio y cantidad de trementina que se debe de inyectar. Hasta la edad de seis años, en que la he empleado, ha sido suficiente la cantidad contenida en dos jeringuillas de Pravaz para determinar abundante supuración por la fusión del tejido celular subcutáneo de la región donde se aplicó. No ha sido necesaria esa dosis de 6 y 8 gramos de que algunos hablan en la septicemia puerperal.

He elegido el sitio de la región externa del muslo á cuatro traveses de dedo próximamente por debajo de la eminencia trocanteriana, porque además de ser en dicho punto la piel fácilmente deslizable, el tejido celular abunda como en la región interna que otros prefieren, y tiene además, en el niño, la ventaja de que la cura se hace con más facilidad una vez abierto el flemón; se halla lejos, por otra parte, del paquete neuro-vascular, y está libre de la acción de la orina y otras excreciones que pudieran ponerse en contacto con la herida.

Cómo obra el flemón para derivar los síntomas generales de la infección y por qué mecanismo esta acción local irritativa provocada hace cambiar el giro de la enfermedad, no se explica hoy satisfactoriamente; es un hecho clínico de observación, como lo fué en otros tiempos la acción del sedal y de la cantárida, cuyos beneficios nadie discutió en casos de infección invencible, aun cuando su acción quedó sin explicar. Fochier tampoco explica el hecho: tal vez la fagocitosis despertada en el sitio de la irritación modifique una infección que no se localiza y lucha con el organismo sin ayuda para vencer.

Aceptemos el hecho tal como se nos presenta, en espera de que nuevas investigaciones de histología y bacteriología nos expliquen la referida acción terapéutica.

Los siguientes casos clínicos observados por mí hasta la fecha son los que me han servido para juzgar acerca de la eficacia del procedimiento terapéutico de Fochier en la infección gripal.

Observación I.—Se refiere á un niño de diez y ocho meses de edad; padece, sin causa justificada, una fiebre de 40° de aparición repentina, interpretada por su madre de empacho gástrico, por lo cual le dió un purgante de calomelanos y ruibarbo, á pesar del que, y de su repetición al siguiente día, no cede la fiebre por completo.

Sigue en esta situación tres días, con temperaturas anómalas diurnas entre 37 y 39,5°, sin presentar ascenso ni remisión ordenados, coincidiendo el descenso pocos momentos después de sudar ó de la emisión de la orina; y entonces dispuse como tratamiento solución de antipirina al 1 por 100 al interior y lavados intestinales con agua salada. El enfermo no se alivió; la lengua saburral y ligero timpanismo son, con la fiebre continua, los síntomas predominantes, con los cuales coincide desde el sexto día de enfermedad un catarro bronquial difuso ligero, que cede á los cuatro días con la revulsión y balsámicos.

Llega al día décimo de enfermedad, en que rápidamente decaen las fuerzas del enfermo; la palidez es general, hay depresión de los globos oculares, dilatación pupilar, 140 pulsaciones, salto de tendones y pérdida de conocimiento. Los síntomas torácicos y los intestinales siguen lo mismo. Provoco en el acto el flemón Fochier en el muslo, y dejo sin tratamien-

to alguno farmacológico al enfermo. A las veinticuatro horas aplico otra inyección de trementina, y á las cuarenta y ocho horas se manifiesta el flemón. Se abre éste, y da salida á gran cantidad de pus. Visto el caso en consulta con el Dr. Tolosa Latour, aprecia la situación del mismo modo, y considera justificada mi conducta por estar conforme con el diagnóstico por mí formulado, de infección gripal generalizada. En efecto, pasadas doce horas después del absceso, el cuadro sintomatológico varía: la fiebre baja á 37°; el pulso, de 130, desciende á 90 pulsaciones; á los tres días el niño duerme bien, se alimenta y renace la alegría; llora y muéstrase algún tanto inquieto, saliendo de su postración; y así mejorando, recobra el conocimiento, pudiendo decirse que se venció la amenaza de síntomas nerviosos centrales, iniciándose francamente la convalecencia. Así sucedió, pues en el curso de ella nada de particular se ha observado; la herida siguió supurando y tardó veinte días en cicatrizar por completo. El éxito no puede ser más evidente al coincidir la mejoría tan sólo con la supuración del flemón, puesto que habíamos suspendido todo otro agente terapéutico.

Observación II.—Niño de cuatro meses de edad; no había tenido hasta la fecha el menor contratiempo. Lactado por madre sana, sin que precedieran á su estado actual otros síntomas que tos y fatiga, en punto á auscultación bronquial, más los propios de una bronquitis difusa de poca intensidad. La revulsión y los balsámicos vencieron aquel estado, del que quedó cuatro días después fiebre de 39° constante, 130 pulsaciones y gran depresión de su organismo, que acusaba ser efecto de la infección, calificada oportunamente de gripal por el Dr. Montes (D. Benigno), que tuvo la bondad de solicitar mi opinión en este caso. La provocación tan sólo del flemón por la trementina, hizo cambiar la marcha de la enfermedad; y á las cuarenta y ocho horas el flemón fué abierto, y entonces desciende la fiebre, el niño recobra la alegría, y mejora hasta tal punto, que su estado, á los cuatro días de la consulta, pudo considerarse como convaleciente, sin otras molestias que las de la cura de la herida, que duró quince días más.

Observación III.—Gripe de forma gastrointestinal. Fué observado desde el día 12 de enfermedad; tenía entonces demacración grande; palidez de la cara, ojeras, círculo amoratado, respiración Cheine-Stokes, 140 á 160 pulsaciones, 38,5° máxima, timpanismo, midriasis constante por parálisis del iris, signo Julio Simón, ausencia del de Kernigk, arritmia respiratoria y salto de tendones, irregularidades térmicas periféricas, gran sedación del trisplánico, dolor á la presión sobre los globos oculares. Se dispusieron tónicos de extracto de quina y provocación del flemón de Fochier, lociones de agua fría y vinagre aromático. Nada de síntomas meníngeos.

Días 16, 17 y 18.—Progresa el flemón, y se aplican inyecciones de 2 miligramos diarios de sulfato de estricnina.

Día 19.—Regularidad respiratoria, 39°, 160 pulsaciones y sudores; sigue el coma y la parálisis pupilar; vientre flácido.

Día 20.—Dilatación del flemón. No salió pus; el tejido celular estaba esfacelado, y dos chapas gangrenosas había en las inmediaciones. Cura antiséptica, ligera reacción pupilar; sigue el esfacelo; durante el día, 160 pulsaciones, respiración regular, mayor reacción pupilar.

Día 21.—Pulso irregular. Inyecciones de cafeína y aceite alcanforado.

Día 22.—Colapso y muerte. Resultó en este caso ineficaz todo tratamiento.

Siguieron la observación de esta enferma los Dres. Hergueta y Gutiérrez.

Observación IV.—En el sexto día de enfermedad fuí llamado en consulta por el Dr. D. Cristóbal Jiménez de la Encina, para ver á un niño de tres años de edad, robusto, y que había padecido de infección gripal. Los síntomas que entonces tenía el enfermo eran: convulsiones, signo

Kernigk, midriasis biocular, y todos cuantos síntomas suelen acompañar á cuadros patológicos de esta índole.

Se le provoca el flemón, y mientras se desarrolla su acción por los baños, cloral, etc., con lo cual ceden las fuertes convulsiones, sigue la fiebre de 38°, con 140 pulsaciones; pero todo fué inútil en los seis días sucesivos que vivió, pues aun cuando el flemón supuró en abundancia al cuarto día de aplicado, y las inyecciones de suero artificial y cafeína ayudaban la función circulatoria, que decaía por momentos, llegó á la víspera de la muerte con pulso débil de 160 pulsaciones, temperatura 38° como máximum; y sin ceder nada el estado de intoxicación cerebral, muere por colapso.

Observación V.—Con los precedentes sentados en los casos clínicos anteriormente expuestos, llega á mi observación una niña con todos los síntomas propios de la infección gripal generalizada de poca intensidad, en cuyo estado siguió cuatro días, hasta que de la noche á la mañana, la temperatura de 40° y síntomas bronquiales nos acusan localización intensa bronco-pulmonar, que exigió resolución enérgica y antitérmicos. Sin más tratamiento, á los tres días cede la tos, la respiración es más normal y los estertores casi desaparecen, pudiéndose asegurar que los síntomas bronquiales eran insuficientes á explicar las 130 pulsaciones con 38° de temperatura, palidez general, demacración rápida, hundimiento de ojos con sus órbitas rodeadas de un círculo obscuro, y gran postración. En este estado me pareció el típico de aplicación del flemón fijador, y así se hizo en efecto. A los tres días fué abierto, saliendo pus claro, bastante en cantidad, y á partir de esa fecha todo el cuadro patológico descrito se disipa, aunque con lentitud, pues tardó seis días en declararse franca la convalecencia y algunos más en obtener la cicatrización, sin que esto pueda considerarse ligado á la infección, que ya había desaparecido. Aquí evidentemente el flemón hizo variar el estado grave de la enferma, y seguramente evitó el paso á la intoxicación central nerviosa, como por negligencia se ha observado en otros casos de fatal éxito.

Obsérvase en las historias clínicas expuestas formas diversas de manifestarse la infección gripal y períodos diferentes de su evolución; circunstancias que permiten deducir, respecto del valor terapéutico del flemón fijador, alguna conclusión en favor de su eficacia ó de su inutilidad.

Cuando la depresión del sistema nervioso se manifiesta, cuando el pulso se mantiene por encima de 140 pulsaciones y la temperatura sufre un descenso inesperado, el éxito del flemón es casi seguro, no tardándose mucho en obtener el resultado apetecido. Tal aconteció en nuestros dos primeros casos y en el quinto, en los que las localizaciones de la infección siguieron una marcha lenta y en los que observamos el desenvolvimiento del proceso desde su comienzo. En ellos el éxito del flemón no se hizo esperar, pues pasadas las cuarenta y ocho horas próximamente de haberse aplicado, sin otra medicación, abandonada la naturaleza del enfermo á sus propias fuerzas radicales, á nada más que la acción del flemón puede atribuirse el feliz resultado obtenido, equilibrándose el pulso con la temperatura, reanimándose el enfermo y cambiando su estado cual si la enfermedad hubiera hecho crisis, que rara vez, por no decir jamás, se presenta en las infecciones gripales, cualquiera que sea su forma clínica.

En estas circunstancias, libre el sistema nervioso de la acción tóxica de la infección, integra la inervación de la piel y demás tejidos, la trementina inyectada produce un efecto irritativo y el pus se presenta cremoso y abundante, hasta el punto de exigir la dilatación del flemón, después del cual surge la mejoría del enfermo y la disminución de la fiebre, atenuándose los síntomas del órgano ó aparato donde se había localizado.

Por el contrario, en aquellos casos en que el proceso está avanzado en su propagación, cuando las localizaciones de sus comienzos son lo que menos compromete la vida del enfermo, y en cambio se inician todos los

síntomas de intoxicación nerviosa central, tanto de la vida animal como de la vegetativa, entonces la trementina localmente no determina la reacción indicada, tal vez porque la misma intoxicación asfixia la piel ó la inervación es deficiente. Entonces se observa, tres y cuatro días después de su aplicación, una linfagitis difusa de la piel contigua al sitio donde se hizo la inyección, alguna flictena, y después de incindida con el bisturí no sale pus; su aspecto es lardáceo, mostrándose el tejido celular duro é infiltrado; la enfermedad sigue con su carácter grave, como sucedió en estos casos (observaciones núms. III y IV), y la muerte sobreviene sin que apenas aparezca pus en las curas.

Estos detalles clínicos nos inducen á pensar que el flemón fijador tiene su momento oportuno de aplicación para que sea eficaz.

Es preciso observar varios casos clínicos y que esta observación sea minuciosa, aplicando, si se juzga oportuno, las inyecciones de trementina sistemáticamente en los casos de infección gripal, sea cualquiera su forma, pues así se podría mejor señalar la oportunidad de su aplicación, en las formas variadas de manifestarse esta infección. Porque después de todo, ¿qué peligros puede determinar en la marcha de la enfermedad y en el enfermo la provocación de un flemón? En mi juicio, ninguno. En cambio, pueden obtenerse ventajas, como ha sucedido en algunos casos, y tal vez en más, en los que la lógica de su aplicación con arreglo á las ideas expuestas sea de indicación precisa y de esperanza de éxito.

Por estas razones, abogamos por que la provocación del flemón de Fochier sea, mientras fracasos bien justificados no lo rechacen, una de las intervenciones obligadas en los casos de infección gripal en la infancia; por lo menos, cuando el grado de intoxicación central nerviosa no sea tan manifiesto que la contraindique, no por perjudicial, sino porque resultaría ineficaz, por lo tardío, é impotente.

Juzgamos como un deber nuestro dar á conocer este detalle de clínica terapéutica, para que mayor número de observaciones acepten por eficaz ó rechacen por inútil el precioso recurso terapéutico que ha motivado el presente trabajo.—(De la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas.*)

Enfermedades del páncreas, por los DOCTORES ANTONIO ARRAGA, *Director del Hospital de Niños de Buenos Aires*, y MARCELO VIÑAS, *Profesor sustituto de la Facultad de Medicina, Médico del Hospital de Niños de Buenos Aires.—Anatomía del páncreas.*—En los niños el páncreas está situado en la región epigástrica, á la altura de la primera vértebra lumbar, detrás del estómago, y en parte un poco debajo de él, detrás del hígado.

En los cadáveres previamente inyectados con formol, á fin de fijar la posición natural, es decir, viva, del órgano, se ve el lóbulo de Spigel tapar la glándula en el fondo del abdomen, y si se levanta el colon transverso hacia arriba, el páncreas se extiende transversalmente desde el asa duodenal hasta el tercio inferior del bazo, donde se termina su cola. El órgano está situado en un plano casi horizontal, á siete centímetros y medio por encima de la línea umbilical.

Los vasos del páncreas son numerosos é íntimamente anastomosados entre sí; los nervios vienen del gran simpático y del neumogástrico.

El peso absoluto del páncreas para un feto de seis meses es de 50 centigramos; en un feto de ocho meses es de 1,27 gramos; en un recién nacido varía entre 3 y 4 gramos. En una chica de cinco años, bien desarrollada, pesa 36 gramos.

Según Vierordt, la relación del peso del páncreas del recién nacido y del adulto es de 1 á 28 (Poirier, *Tratado de Anatomía*, 1900).

Las relaciones del canal colédoco y del páncreas son variables, pero siempre íntimas; un cálculo del canal de Wirsung puede comprimir el canal colédoco al nivel de su desembocadura ó de su trayecto.

Según Sappey, el canal colédoco está en relación con la parte superior y posterior de la cabeza del páncreas; según otros autores, se forma una depresión en el tejido pancreático en este punto.

Histología.—El páncreas es una glándula en racimo, compuesta y semejante á las glándulas salivares. Los canales excretores presentan una disposición arborescente, y la terminación de estas ramificaciones se hace en los acinos, fondos de sacos secretores; otras se terminan en masas celulares plenas, los islotes de Langerhans.

Las cavidades secretorias del páncreas están constituídas por una luz central excesivamente estrecha, filiforme, y la pared está formada, en la parte más exterior, por una membrana propia y dos capas superpuestas de elementos epiteliales: las células principales ó pancreáticas ó secretorias y las células centro-acinosas.

Las células principales constituyen una capa regular de forma semejante á una pirámide truncada.

En estas células se puede observar dos zonas diferentes, divididas entre sí por el núcleo; la zona neutral contiene una gran cantidad de granulaciones, gruesas y refringentes, de aspecto grasoso, solubles en el agua, el ácido acético y los alcalinos, y que se coloran en moreno por el ácido ósmico; estas granulaciones desaparecen en el momento de la digestión, para reaparecer después.

Ellas son consideradas, por Heidenhaim y otros autores, como un fermento pancreático, de donde el nombre de granulaciones zimógenas que ellos les han dado. La zona basal reposa sobre la zona propia, y está formada por un protoplasma que toma muy bien los colorantes, protoplasma en el cual se puede observar líneas sinuosas ascendentes (filamentos basales) y gotas muy finas de grasa. El núcleo es esférico ú ovalar, muy luminoso, y contiene un grueso nucleolo central eosinófilo.

Las células centro-acinosas, en el hombre poliédricas ó estrelladas, forman una capa casi completa alrededor de la luz del acino, y se destacan en claro después de la fijación por las mezclas ósmicas.

Además de estos acinos, se encuentra en el páncreas otros grupos celulares compactos, que se ha designado bajo el nombre de islotes de Langerhans. Estos islotes están constituídos por cordones celulares plenos, sinuosos, y las células tienen una forma poliédrica ó prismática; no tienen zimógeno.

Fisiología.—Según las hermosas experiencias de Pawlow, una vez que el quimo estomacal ha sido lanzado al duodeno, su acidez excita la secreción del páncreas, al mismo tiempo que la de la bilis; esta acidez es entonces neutralizada por alcalinidad del jugo pancreático y de la bilis. Esta última neutraliza al mismo tiempo la acción perjudicial de la pepsina, que no conviene al fermento pancreático. La bilis favorece también la acción de estos fermentos, sobre todo del que se relaciona á las grasas. El jugo pancreático se encuentra poderosamente ayudado en sus funciones por el jugo intestinal, que aumenta sus propiedades por un fermento especial, al cual Pawlow da el nombre de *enterokinasa*.

Todos sabemos que el páncreas segrega tres clases de fermentos: la *esteapina*, que obra las grasas; la *amilopsina*, sobre el almidón, y la *tripsina*, sobre los albuminoides.

La acción digestiva del jugo pancreático en ayunas es casi nula; es más fuerte en las cuatro ó seis horas de la digestión, y coincide con la congestión del bazo, que echa en la sangre una secreción interna, secreción que aumenta el poder digestivo del jugo pancreático (Herzen, Waller).

El jugo pancreático es susceptible de desdoblar las grasas neutras en glicerina y ácidos grasos; la presencia de grasas neutras en las heces demostraría, pues, mucha insuficiencia pancreática (Müller).

El jugo pancreático tiene la propiedad muy interesante de adaptar cada uno de sus fermentos á la sustancia correspondiente; es decir, la esteapsina es segregada solamente en presencia de las grasas; la amilop-

sina, en presencia de las sustancias de hidrato de carbono; y la tripsina, de los albuminoides (Waller).

Los nervios del páncreas vienen del neumogástrico y del gran simpático: el primero es excitante del funcionamiento de la glándula; el segundo, moderador. Si se suprime, experimentalmente, el jugo pancreático, se determina una gran alteración en la absorción de las grasas; hay muchas experiencias de laboratorio y hechos clínicos que lo demuestran; se ha exagerado la acción de la bilis, bien que ella sea un adyuvante útil.

El profesor Baldi (*Arch. Ital. di Biologia*, 1897) ha estudiado y comparado la acción de las dos glándulas en la absorción de la grasa en perros, portadores los unos de fístulas pancreáticas, y los otros de fístulas biliares; y, de acuerdo con Cl. Bernard, cree que el jugo pancreático es el principal actor en esta función.

Cl. Bernard ha observado que el fermento pancreático tiene el poder de transformar la lactosa en glicosa; es, pues, á este fermento que hay que atribuir la transformación del azúcar de la leche en el tubo intestinal.

La acción del páncreas sobre la accion patológica del azúcar es un hecho fuera de dudas.

La diabetes pancreática es demostrada por todos los experimentadores en casi todas las especies animales. Coparelli, operando sobre 40 perros, constata en todos la glicosuria, con desaparición del panículo adiposo y disminución del volumen de los músculos. Laudmayer hizo 27 extirpaciones de páncreas; la cantidad máxima de azúcar observada ha sido de 32 gramos; en las veinticuatro horas, para un perro de 9 kilos, 600. Lepine ha llegado á los mismos resultados.

El profesor Copparelli ha hecho la contraprueba siguiente: hizo un extracto de páncreas en solución fisiológica, é inyectó este líquido en la cavidad abdominal de un perro al cual le había sacado el páncreas, y que por esto mismo era diabético; vió que tres horas después de la inyección, el azúcar comenzaba á disminuir, para desaparecer completamente, en la mayor parte de sus perros de experiencia. Esta experiencia, varias veces repetida, da siempre el mismo resultado, y el autor piensa que el páncreas prepara una sustancia que impide la transformación del glicógeno en glucosa.

Vanni confirma estas experiencias en un trabajo de control; Baldí ha demostrado que, en los animales á los cuales se les extraía el páncreas, la formación de azúcar continúa, bien que en su alimentación no entren para nada los hidratos de carbono y aun en los casos en que estén en ayunas. Esto demostraría, según este autor, que los animales, como las plantas, forman el azúcar por síntesis; y cree que esto no es por un proceso de autofagismo, porque no hay relación entre el azúcar y el ázoe eliminado; cree también que un trozo de páncreas implantado en el abdomen impide la glicosuria en los animales á los cuales se les ha sacado el páncreas. Todas estas experiencias no son sino la confirmación, en parte, de las de Minkowski, lo mismo que de las de Thiroloix, quien ha visto que la extirpación del páncreas produce una hipertrofia considerable de las glándulas duodenales, que pueden reemplazar al páncreas en sus funciones digestivas, pero no en su función reguladora del consumo de azúcar.

¿Cuál es la patogenia de esta diabetes? Las opiniones están divididas entre los experimentadores.

Montuori, ligando los vasos que van al páncreas, ha visto aumentar la cantidad de azúcar en la sangre; pero, ligando los vasos que van al hígado, el azúcar disminuye; el autor deduce que el páncreas tiene por función impedir la acción productiva propia del hígado. Otros consideran la diabetes pancreática como una auto-intoxicación; el jugo pancreático neutralizaría las sustancias tóxicas que se producen en el tubo intestinal y que van á obrar sobre las células hepáticas (Gaglio y L. Fuckett).

W. Kausch ha visto, operando en pájaros, que el hígado continuaba fabricando azúcar en los animales sin páncreas, y que, haciendo la extirpación del hígado, el azúcar cesaba. Esto demuestra que la destrucción

del páncreas no da lugar á la formación de azúcar, cuando el hígado falta, y que solamente destruye la que el hígado elabora.

Para Chauveau y Kauffmann hay un centro frenador de la función glicogénica, situado en el bulbo, y un centro de excitación, situado en la extremidad superior de la médula cervical: los productos de secreción que el páncreas echa en la sangre obran sobre estos centros en sentido inverso el uno del otro, excitan el centro moderador y moderan el excitador. Después de la extracción del páncreas, la acción del centro moderador es destruída y la del excitador aumentada. El páncreas es, pues, regulador de la función glicogénica, por intermedio de los centros nerviosos.

Etiologia.—La infección del páncreas puede hacerse por diversas vías, y sus enfermedades pueden reconocer muchas causas. Ante todo, las enfermedades infecciosas generalizadas pueden localizarse en este órgano como en otro cualquiera; es por esto que encuentra este órgano enfermo en la viruela, el sarampión, el tifus, la granulia, etc. Ciertos estados generales con alteración de la nutrición, como el artritismo, pueden tener una acción sobre él: nosotros hemos encontrado en el cadáver de un niño pequeñísimos cálculos en el canal de Wirsung, cálculos que existían también en la vesícula biliar. Este niño, durante toda la vida, había expulsado en las heces grandes cantidades de cálculos: su padre sufría de cálculos hepáticos, y su madre era asmática.

La tuberculosis del páncreas es frecuente: este órgano puede ser atacado en su superficie, como sucede en la tuberculosis de los ganglios mesentéricos; para Klippel y Lefas, la tuberculosis de este órgano se reduce únicamente á adenopatías peri é intra-viscerales, teniendo en cuenta que Klebs ha demostrado, en los tejidos normales del páncreas, muchos y verdaderos ganglios linfáticos.

Los conductos excretores del páncreas pueden inflamarse por acción de microorganismos del intestino, y esta afección, llamada esplenitis por Lancereaux, es más común de lo que se figuran. Ciertos parásitos son capaces de atacar esta glándula y desarrollar allí lesiones considerables: mencionaremos los quistes hidatídicos y también los ascárides lumbricoides, tan comunes en la infancia. Liétaud ha publicado casos de estos parásitos introducidos en el canal colédoco y en el canal pancreático; Davaine menciona cuatro casos de *Riera*, *Amelin*, *Bartolin* y *Heyner*, en los cuales el canal de Wirsung estaba obstruído por los ascárides.

Los traumatismos, tan comunes en la infancia, determinan á menudo hemorragias pancreáticas cuyas consecuencias pueden traer la muerte en corto tiempo.

Sifilis.—En la sífilis hereditaria se encuentra á veces el páncreas atacado de esclerosis. Müller, en algunos casos de sífilis hereditaria, ha encontrado el páncreas sembrado de gomas miliares, y Klippel y Lefas han encontrado hemorragias diseminadas en el tejido del órgano. Las enfermedades del hígado se complican á menudo con las del páncreas; esto se explica teniendo en cuenta la unión fisiológica y anatómica de los dos órganos, que desembocan en la misma ansa intestinal, y se encuentran en el mismo medio microbiano.

En los pequeños cardíacos, muertos en asistolia, hemos encontrado á menudo el páncreas aumentado de volumen y fuertemente congestionado.

Los quistes hidatídicos del páncreas son raros, aun en nuestro país, donde abundan los tumores de esta naturaleza: los doctores Herrera Vegas y Cranwell, en su obra sobre los *Quistes hidatídicos*, citan el caso de un niño de catorce años. Los quistes hemorrágicos, debidos á traumatismos, son también raros.

El detenimiento de desarrollo del páncreas, descrito por Lancereaux bajo el nombre de aplasia pancreática, es anatómicamente caracterizado por la pequeñez de este órgano, con integridad aparente de sus elementos. Esta enfermedad se presenta en los adolescentes.

Entre los tumores del páncreas que se han encontrado en los niños, se

puede citar el sarcoma primitivo (Litten, *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1888).

Anatomía patológica y bacteriología.—La causa que provoca, en la mayor parte de los casos, lesiones del páncreas, es la infección que puede alcanzar este órgano por el conducto de Wirsung, por los vasos sanguíneos, por los vasos linfáticos y por propagación de vecindad (Deguy, «Les Pancréatites». *Journal des Praticiens*, 1898).

La bacteriología de las pancreatitis ha sido estudiada por diversos autores. Dieckhoff, Simon y Douglas, Stanley, han encontrado el colibacilo. El mismo microbio, asociado al estafilococo blanco, ha sido encontrado por Paye; Kœrte y Etienne han encontrado el colibacilo asociado al estreptococo y al diplococo. Fitz ha aislado un bacilo mal determinado, y como probable el *staphylococcus citreus*; Dieckhoff señala el neumococo. Haciendo culturas del contenido del conducto de Wirsung en niños muertos de gastroenteritis, hemos encontrado en ciertos casos el bacilo coli puro, en otros el colibacilo mezclado al estafilococo blanco, y en otros hemos encontrado solamente el estafilococo. Tomando con una pipeta la punta pancreática, hemos obtenido en las culturas, en ciertos casos, el colibacilo puro; y en otros, asociado al estafilococo.

Naturalmente, para que estas constataciones bacteriológicas tengan todo su valor, es necesario que las autopsias hayan sido hechas inmediatamente después de la muerte, lo que es difícil en ciertos casos y en ciertos países.

Además, Klippel y Lefas han encontrado el páncreas lesionado en el tifus, la neumonía infecciosa y la disentería; el bacilo de Koch es capaz de producir lesiones en el páncreas siguiendo las vías indicadas.

Todos estos gérmenes son capaces de obrar sobre el páncreas de una manera aguda, lesionando la glándula en poco tiempo: en este orden de ideas, podemos colocar las pancreatitis supuradas, en las cuales Kœrte (*Sur les pancréatites suppurées*, Congreso de Moscou, ó *Gazette hebd. de méd. et chir.*, 1897) admitía ya que la infección bacteriana podía seguir dos vías diferentes: el origen de los abscesos puede ser metastático, ó más frecuentemente, ser el resultado de una propagación de la inflamación del intestino ó de los conductos biliares, por intermedio del canal de Wirsung. Etienne (*Sur les pancréatites supurées*, *Arch. Méd. ex.*, 1898) admite también estas mismas vías para la supuración del páncreas, y agrega la propagación por continuidad.

En las infecciones ascendentes, la pancreatitis supurada podrá producirse: 1.°, si el canal de Wirsung queda abierto (pancreatitis crónicas): en este caso el líquido no juega más el mismo rol mecánico protector; 2.°, en el caso en que hubiere un obstáculo al curso de los líquidos excretados, sea por obstrucción por un cálculo, sea por compresión extrínseca; 3.°, en los casos de aporte directo del duodeno por el canal de Wirsung. En la piemia, la glándula puede ser infectada por la vía sanguínea, y también por esta misma vía, el páncreas puede supurar en la pileflebitis.

En el Hospital de Niños hemos observado un caso de esta naturaleza, en un niño de ocho años, que, á consecuencia de una apendicitis crónica con pequeño absceso periapendicular y perforación del apéndice, había tenido una supuración de todo el sistema porta, y las venas del páncreas contenían coágulos purulentos. El páncreas estaba aumentado de volumen, friable, y de la superficie de corte salía una cantidad de pus de color semejante al chocolate, pus contenido en gran parte en las venas del páncreas. El sistema venoso del hígado tenía las mismas alteraciones.

La supuración puede también instalarse en el páncreas por contigüidad de una lesión de vecindad, como en las úlceras del estómago y del duodeno; estas úlceras pueden perforarse y producir abscesos pancreáticos.

En los abscesos del páncreas podemos distinguir anatómicamente dos clases diferentes: los abscesos circunscritos y la supuración en masa.

En el primer caso puede existir en el páncreas una ó varias cavidades

conteniendo líquido amarillento, espeso, ó una sola cavidad de tamaño variable. La causa más común de estos abscesos es la angio-pancreatitis supurada, localizada; sucede para esta glándula lo que se admite para el hígado, es decir, que una angio-colitis puede terminarse por la formación de abscesos localizados del hígado. En otros casos, estos abscesos pueden ser debidos á una infección sanguínea, y Blancard ha podido encontrar en la autopsia de un niño muerto de viruela una cantidad de pequeños abscesos en el páncreas.

La segunda forma de supuración del páncreas, la pancreatitis supurada difusa, puede también ser el resultado de una infección ascendente de las vías de excreción pancreática. En esta forma, el páncreas está aumentado de volumen, se deja dislacerar sin dificultad, presenta una coloración blanco-rosada ó amarillenta, y de la superficie de sección sale en napa un líquido amarillento; este líquido puede también salir de un gran número de puntos en los cuales se observan pequeñas cavidades. Las lesiones histológicas que se encuentran en las pancreatitis supuradas varían según el momento en que se las observa. Cuando recién comienza el proceso y es debido á una infección de los conductos pancreáticos, se encontrará lesiones de estos conductos en los acinos glandulares.

En el conducto de Wirsung, Dupré ha observado en un caso de esta naturaleza, que la mucosa se tumeface y se recubre de un exudado constituído en parte por descamación, por secreción de estos mismos epitelios y por los leucocitos. Al mismo tiempo, la capa submucosa presenta sus vasos muy inyectados, y existe una gran infiltración leucocitaria; esta infiltración se hace cada vez más abundante, y en último lugar, las paredes del conducto se destruyen en algunas partes, y especialmente en las pequeñas ramificaciones. En los acinos hay á la vez lesiones de las células, del tejido conjuntivo y de los vasos. Las células se tumefacen, pierden su contorno, y el núcleo fragmentado acaba por desaparecer; al mismo tiempo se observa una enorme infiltración de leucocitos que penetran en la luz del acino, y en un momento dado destruyen completamente la estructura del acino. Se encuentra en su lugar una cavidad en la cual no se observa más que una gran masa de leucocitos: la glándula es así transformada en esta parte en un pequeño absceso, en cuya formación toman parte varios acinos vecinos.

Si se estudia la otra variedad de pancreatitis supurada, es decir, la pared de un antiguo absceso, se podrá observar que esta pared está formada por mallas de tejido conjuntivo, en medio de las cuales se encuentra una gran infiltración de leucocitos, y no se observa sino restos de los acinos glandulares.

En todos los abscesos del páncreas publicados hasta este día, se ha encontrado como agentes productores el colibacilo, el estafilococo dorado y bacilos mal determinados.

Otra lesión aguda que puede ser también producida por bacterias cuya virulencia ha sido aumentada, es la pancreatitis hemorrágica, afección que ha sido bien estudiada por S. Hlava (*Congreso de Moscou*, 1897) y por Carnot (*Soc. Biol.*, 19 de Febrero de 1898). Para el primero, la pancreatitis hemorrágica es producida en ciertos casos por infartos embólicos, á pesar de que, experimentalmente, no se ha podido obtener en el perro. Nosotros creemos que es muy difícil que se haga un infarto hemorrágico en el páncreas por obstrucción de uno de sus vasos, siendo tan grande la cantidad de anastomosis que existe entre ellos. Otra de las causas de estas pancreatitis hemorrágicas sería, según este autor, la inyección intracanalicular de bacterias virulentas, y sin embargo, los resultados de la experiencia han sido negativos; experimentalmente, ha obtenido pancreatitis hemorrágicas inyectando en los conductos pancreáticos jugo gástrico hiperácido ó una solución clorhídrica. En este caso, la hemorragia se produciría por acción tóxica primitiva y auto-digestión consecutiva de los tejidos pancreáticos.

Carnot ha sido más feliz que Hlava en sus experiencias, y ha podido

obtener las lesiones que nos ocupan, inyectando, sea en la glándula, sea en el conducto de Wirsung, colibacilos muy virulentos; y no solamente ha obtenido esta afección con las bacterias, sino también con toxinas, y especialmente con la toxina diftérica. Este autor ha demostrado también que las hemorragias pancreáticas pueden producirse con diastasas (papaína, extracto de páncreas de puerco á altas dosis).

El páncreas, así alterado, puede presentar una infiltración sanguínea de toda la glándula; y en estos casos, se presenta aumentado de volumen, no se distingue ya su lobulación, y en la superficie de sección se encuentra una coloración rojo-negruzca, y en otros puntos vinosa ó rosada.

En otros casos, la hemorragia se localiza en un punto del páncreas, y la colección sanguínea ocupa de preferencia la retrocavidad de los epiplones, con tendencia á rechazar hacia arriba el estómago y hacia abajo el colon y mesocolon transversos.

Esta cavidad encierra un líquido sanguinolento mezclado á coágulos de un color negruzco, y en vía de digestión provocada por el fermento pancreático que de la glándula se echa en esta cavidad, y que ha podido ser reconocido por el examen atento de los investigadores.

Si se abre el duodeno, se encuentra que su luz puede contener sangre en gran cantidad, y que sale por el canal de Wirsung.

Al estado normal, se encuentra en el intestino una gran cantidad de bacterias que pueden vivir allí sin causar desarreglos, y de las que unas intervienen en la digestión para favorecerla ó completarla; pero cuando la virulencia de estos gérmenes aumenta, entonces no solamente su acción puede alterar la mucosa intestinal, sino que se traduce también por alteraciones que pueden producirse en cada una de las vísceras del individuo atacado. Frecuentemente se observa esta exaltación de la virulencia de los gérmenes en los niños, en las inflamaciones del tubo digestivo; y en lo que concierne á nuestro trabajo, debemos decir que ya en el duodeno se observa, como gérmenes capaces de ser patógenos, diversas variedades de estafilococos, estreptococos y colibacilos. Son esos los gérmenes que hemos encontrado en los niños muertos de enteritis, niños en los que hemos podido hacer la autopsia inmediatamente después de la muerte. En uno de estos casos, el estafilococo dorado era superior en número á los otros gérmenes.

El conducto de Wirsung, que desemboca en esta parte del intestino tan rica en bacterias, no escapa á las leyes generales de la etiología establecidas por Dupré (Les infections filiaires, *Thése doct.*, París) para el hígado; para la parótida, por Claisse y Dupré; para las vías urinarias, por Albarrán.

En todos estos conductos que desembocan en cavidades infectadas, se observa que su última parte solamente, antes de la desembocadura, es séptica.

Por lo que respecta al páncreas, podemos decir que ya Etienne y Meyer han demostrado que esta ley es exacta para el conducto pancreático del perro. Además, recientes estudios han demostrado que el colibacilo y el bacilo del tifus tienen una gran movilidad, un poder de penetración en los conductos mucho más grande que el de los otros gérmenes que viven habitualmente en el intestino y que carecen de movilidad. Así, en el tifus, se acepta que los conductos biliares quedan largo tiempo infectados por su bacilo.

Pero entonces, si estas infecciones se hacen en las vías biliares, ¿por qué no sucedería lo mismo para las vías pancreáticas, que están en relación tan íntima con las primeras, y desembocan juntas en el mismo medio bacteriano? Pensamos y creemos haber podido demostrar que en las lesiones inflamatorias del intestino, es frecuente que los mismos microorganismos que han inflamado el tubo intestinal penetran en los conductos pancreáticos para producir lesiones inflamatorias.

Si se examina con cuidado la ampolla de Vater de un niño muerto de inflamación intestinal aguda, lo que llamará la atención es que esta am-

polla del lado de la mucosa intestinal se presenta saliente, tumefacta, con una coloración rojiza y pequeños puntos equimóticos; su red vascular está muy inyectada; si nosotros examinamos su luz, vemos que está disminuída y recubierta de un exudado mucoso que, en ciertos casos, es muy intenso, hasta el punto de obstruir la luz del conducto. Si abrimos la mayor parte del trayecto de este conducto, veremos que su superficie interna se presenta también congestionada y su mucosa tumefacta; si examinamos el páncreas, lo encontramos tumefacto y dejándose dislacerar fácilmente.

Si examinamos al microscopio cada una de estas partes, encontramos que en la ampolla de Vater, tanto la mucosa intestinal que la recubre, como la mucosa que tapiza la luz del conducto, presentan sus células epiteliales tumefactas, descamadas, y algunas han sufrido la transformación mucosa. En la submucosa se observa una intensa congestión de los vasos, y entre éstos y las fibras conjuntivas una abundante infiltración de leucocitos. Si examinamos el páncreas, encontramos que las células de los acinos presentan procesos de tumefacción turbia y degeneraciones gránulo-grasosas; hay inyección vascular y leucocitos alrededor de los acinos. En los finos conductos pancreáticos, las mismas lesiones que en los grandes. De estos estudios podemos deducir que en las enteritis agudas se puede observar procesos inflamatorios agudos de la glándula pancreática, y que para producir esta inflamación es necesario hacer intervenir no solamente la inflamación ascendente de los conductos pancreáticos, sino también el hecho de que las toxinas que son acarreadas por el torrente circulatorio, pueden por esta vía determinar lesiones del páncreas.

Estas pancreatitis agudas no solamente se observan en las enteritis agudas, sino también en el curso de infecciones é intoxicaciones generales (difteria, neumonía, tifus, fiebre amarilla, etc.). Semejantes alteraciones han sido agrupadas por Klippel bajo el nombre de *páncreas infeccioso*. Richardière, Carnot y otros han podido confirmar estas observaciones.

Pancreatitis crónicas.—Hasta aquí no hemos estudiado sino las lesiones agudas producidas por los microbios citados en la glándula pancreática; pero algunos de estos gérmenes pueden obrar sobre la glándula de una manera menos brutal y en un lapso de tiempo más largo, y entonces se hace en la glándula un proceso inflamatorio crónico. Lo mismo que en las gastro-enteritis agudas encontramos gérmenes cuya virulencia exaltada causaba lesiones intensas en el páncreas (colibacilo, estafilococo, estreptococo), lo mismo en las gastro-enteritis crónicas, estos mismos gérmenes, pero con una virulencia menor, se instalan en el páncreas, y especialmente en sus conductos, para determinar lesiones inflamatorias crónicas.

Hace ya muchos años que estamos ocupados en el estudio del estado del páncreas en las inflamaciones crónicas de las vías digestivas (A. Arraga y M. Viñas, Esclerosis del páncreas consecutiva á las gastro-enteritis crónicas, *Arch. de Méd. des Enfants*, núm. 7, 1900), y hemos podido observar que el proceso tiene una predilección marcada por los conductos pancreáticos y se distribuye de allí á las otras porciones de la glándula.

Si examinamos un páncreas atacado de estas lesiones, lo que llamará nuestra atención será la disminución de volumen de este órgano; sus lóbulos están mejor marcados que normalmente, y, si hacemos una incisión, veremos que el cuchillo chilla al penetrar en el parénquima. Si abrimos el duodeno y examinamos la ampolla de Vater, encontraremos que la mucosa que recubre el lado del intestino, en ciertos casos, presenta una coloración rojiza alternando con puntos grisáceos y otros puntos rojos que la presión no hace desaparecer. Si abrimos el conducto de Wirsung, lo encontramos cubierto de una ligera capa de mucus. El peso de la glándula está un poco disminuído.

El estudio microscópico es, en estos casos, más interesante. Si examinamos el conducto de Wirsung, á poca distancia de su desembocadura,

lo que llamará nuestra atención, en muchos casos, es que el epitelio que lo recubre ha desaparecido casi completamente; la pared de este conducto está muy espesada y constituída por estrías fibrosas, en medio de las cuales hay una pequeña infiltración de leucocitos. Se nota también una vascularización muy marcada y vasos muy dilatados en el espesor del tejido conjuntivo.

En otros casos, el proceso no está tan avanzado y se puede ver el epitelio de revestimiento atacado de procesos de degeneración: tumefacción de las células; el núcleo se fragmenta y se colora mal; otras células toman la forma de cálices, y se observa gotitas de mucus en su interior. Muchas de estas células se descaman y pueden contribuir á formar un tapón mucoso. Si continuamos el estudio de estos conductos en sus diversas ramificaciones, encontraremos que estas lesiones varían según la duración de la lesión.

Así, en algunos encontraremos que estos pequeños conductos no tienen revestimiento epitelial; sus paredes están muy espesadas por fibrillas conjuntivas, en medio de las cuales se observa una ligera infiltración leucocitaria. De estos pequeños conductos se irradian bandas de tejido conjuntivo, espesas, que ó siguen la periferia del lóbulo ó penetran en su interior, diviéndolo en porciones irregulares. Se puede también observar que cada acino en particular está rodeado de un tejido conjuntivo poco espeso, pero que llama la atención porque es siempre más espeso que el tejido que forma la pared normal del acino. Estas lesiones se manifiestan bien coloreando los cortes con Van Giesen. Entre estas mallas conjuntivas hay un poco de infiltración. En otros casos, los pequeños conductos pancreáticos presentan todavía un revestimiento epitelial; pero, de estas células, las unas se encuentran descamadas en el interior del pequeño conducto; otras han perdido su nitidez de contorno y no toman más color, como tampoco el núcleo; en otras, en fin, se observa pequeños vacuolos. Las paredes del conducto están también espesadas y con infiltración.

Además de estas lesiones del tejido conjuntivo, se encuentra también alteraciones en la célula del acino pancreático, y estas lesiones son la tumefacción turbia y la necrosis per coagulación; en estos casos, el núcleo no se colora y las células pierden sus contornos. Estas lesiones se encuentran con frecuencia en la porción del páncreas próxima á la desembocadura del conducto de Wirsung.

En los casos en que la enteritis ha sido muy larga, se observa una dilatación con ectasia de las venas del páncreas. De todo este conjunto de lesiones podemos deducir que, en los casos de enteritis crónica, el proceso inflamatorio se propaga por el conducto de Wirsung: se hace una angiopancreatitis crónica, que puede ser producida por los mismos agentes patógenos que han provocado la enteritis, y especialmente por el colibacilo que, gracias á su movilidad, es el agente invasor por excelencia del conducto colédoco, y se puede aceptarlo del conducto pancreático.

No es solamente por esta vía que puede propagarse la inflamación del intestino al páncreas, sino también, aunque en un grado menor, por vía linfática. Todos sabemos que los ganglios linfáticos del mesenterio se encuentran inflamados en las gastro-enteritis crónicas: ahora bien, si tenemos en cuenta la estrecha relación que existe entre la cabeza del páncreas y el duodeno, y que en esta parte hay ganglios en relación también estrecha con el duodeno y el páncreas, nos será permitido pensar que todo proceso inflamatorio de los ganglios podrá atacar el páncreas. Teniendo en cuenta estas ideas, después de la publicación de nuestro trabajo sobre la esclerosis del páncreas en las gastro-enteritis crónicas, hemos estudiado el estado de los ganglios y folículos linfáticos que se encuentran alrededor del páncreas, y particularmente de su cabeza: hemos encontrado lesiones inflamatorias de los folículos.

Las pancreatitis crónicas han sido producidas experimentalmente por Carnot, sea de una manera mecánica (ligadura del conducto de Wirsung, inyecciones solidificantes, cálculos, etc.), y en estos casos la esclerosis se

hacía por retención en la glándula de una secreción tóxica y un estado de la glándula que favorece las infecciones ascendentes; sea haciendo inyecciones intra-canaliculares de bacilo coli, de Koch, etc.; sea también inyectando toxinas (tuberculina) ó productos tóxicos, como alcohol naftolado, tripsina, etc. Existen también en el páncreas lesiones específicas producidas por el bacilo de Koch.

La *tuberculosis* puede, por vía linfática, producir una esclerosis de la glándula; en esta esclerosis, la distribución del tejido conjuntivo es perilobular, y á veces también peri-acinoso. Las partes que sufren más en esta esclerosis son la cabeza y el cuerpo, haciendo contraste estas partes con la cola, que conserva su volumen normal.

En los casos de enteritis crónica con tuberculosis intestinal, hemos encontrado además de la angio-pancreatitis crónica, ya descrita en esta enfermedad, pequeños núcleos tuberculosos, visibles al microscopio, situados entre los acinos glandulares, á veces en un pequeño lóbulo. La estructura histológica es la de las lesiones tuberculosas; pero la necrosis central es muy abundante, lo mismo que la infiltración leucocitaria; las células epitelioides son bastante numerosas. Los acinos vecinos presentan alteraciones celulares: las células pierden la nitidez de sus contornos y los núcleos son mal teñidos.

Macroscópicamente se puede observar abscesos tuberculosos, lo que es muy raro, ó pequeños nódulos caseosos. Es frecuente que, en las peritonitis tuberculosas de los niños, la lesión se propague al páncreas por vía linfática, y entonces las lesiones se hacen en los ganglios que rodean el páncreas y pueden aun invadir los ganglios de este órgano, pues Klebs ha probado que el páncreas los contiene.

Otra de las inflamaciones específicas del páncreas es la *sífilis*. Estas alteraciones pueden observarse en los casos de enfermedad hereditaria ó adquirida; Klippel y Lepas han observado hemorragias difusas en el páncreas de un niño muerto de sífilis hereditaria. Nosotros mismos hemos examinado últimamente el páncreas de un niño heredosifilítico, muerto de una gastro-enteritis crónica, y hemos observado solamente lesiones de esclerosis perilobular y angiopancreatitis. En las sífilis adquiridas, el páncreas es menos á menudo atacado que el bazo, el hígado y los huesos; pero lo es más á menudo que el intestino, el corazón y el timo (Schlesinger, *Virchow's Arch.*, vol. 154, 1898). El lugar de elección para las lesiones es la cabeza del páncreas, y casi siempre el duodeno presenta también lesiones específicas. Los gomas son raros: generalmente se encuentra lesiones de esclerosis intersticial difusa. Se observa una proliferación de tejido conjuntivo inter-acinoso; los vasos son atacados de endo-periarteritis y rodeados de tejido conjuntivo. Este tejido, por compresión de las células de los acinos, produce procesos de necrobiosis. En los productos pancreáticos no se observa alteraciones.

Como resultado de los procesos inflamatorios de los conductos pancreáticos, podemos todavía citar la producción de *cálculos;* para Klippel y Lepas, estos cálculos tendrían la misma patogenia que los cálculos biliares, y nosotros sabemos que hoy día se tiende á aceptar que la formación de los cálculos es la resultante de una infección atenuada de las vías biliares por el colibacilo y el bacilo tífico; éstos gérmenes podrían producir el mismo resultado en el conducto pancreático. Los cálculos pancreáticos están compuestos de fosfato de cal. Entre las infecciones del páncreas, citemos todavía las que produce el escolex de la tenia equinococa. En los niños no se conoce sino un caso, citado por Herrera Vegas y Cranwell (*op. cit.*): el quiste estaba situado en la cabeza del páncreas, y comprimía el canal colédoco.

Los tumores que se observan á veces en los niños son los *quistes*. Estos tumores, bien estudiados por Adoue (*Contribution à l'étude des kystes du pancréas*. Th. Bordeaux, 1898) y por Tulasane (*Etude des kystes du pancréas*. Th. París, 1898), se localizan con preferencia en la cola y en el cuerpo del páncreas; pueden adquirir un gran volumen, y entonces re-

chazan el estómago hacia adelante y el colon transverso hacia abajo y hacia adelante; detrás ellos pueden comprimir los vasos prevertebrales. Si el quiste se aproxima á la cabeza, puede comprimir las vías biliares.

El contenido de estos quistes es seroso, gris ó moreno; cuando el líquido tiene este último color, se puede encontrar sangre mezclada. El estudio químico de este líquido puede demostrar la presencia de albúmina, y este líquido puede tener las propiedades diastásicas del jugo pancreático. Al examen microscópico, se observa gotas de grasa, cristales de fosfato de cal, glóbulos de sangre alterados. La bolsa es redonda en su superficie externa, y presenta un color azulado; se encuentran venas dilatadas al nivel del punto de implantación. La superficie interna de la bolsa es ligeramente granulosa ó vellosa, y presenta bridas como la vejiga de columnas.

Además de estos tumores, se puede observar en la infancia *sarcomas*. Estos son generalmente metastáticos, y se observan en los casos de sarcoma del riñón. Hemos observado en dos casos de linfadenomas del intestino, que el páncreas presentaba varios nódulos metastáticos.

Sintomatología.—Los síntomas presentados por las enfermedades del páncreas son múltiples y variados: los unos pertenecen en propiedad á la glándula; los otros son provocados por las lesiones de vecindad. Además, por importantes que sean las funciones del páncreas en la economía, es necesario considerar que muchas de ellas pueden ser reemplazadas por las de otros órganos; y esto explica cómo las lesiones graves, encontradas en la autopsia, no han dado signos reveladores durante la vida del sujeto.

Además, la situación que el páncreas ocupa en la profundidad de la cavidad abdominal, donde está cubierto por otros órganos, hace casi imposible la exploración, y esto explica que su patología haya sido dejada un poco en el olvido, y que muchas de sus lesiones sean verdaderos hallazgos de autopsia.

Los signos glandulares, propiamente dichos, son, por orden de importancia: la glicosuria, la poliuria, la polifagia, la polidipsia, la estearrea, la lipuria y el adelgazamiento rápido.

Es éste el cuadro de la *aplasia* de Lancereaux, agregando allí la terminación por tuberculosis. La glicosuria en la aplasia tiene proporciones considerables, y Lancereaux cita un caso en el cual el enfermo evacuaba diez litros de orina, cuyo contenido en azúcar era un kilogramo. Se puede agregar á estos síntomas algunos otros, cuya importancia, sin embargo, es menor: dolores en la región epigástrica, sialorrea, constipación ó diarrea, melena.

Sabemos que en las extirpaciones experimentales del páncreas, basta dejar una pequeña parte de la glándula para evitar la glicosuria; en el campo de la clínica todo cambia: la diabetes pancreática puede existir, aun cuando se conservase una parte de la glándula. Pero entonces no es solamente el páncreas el causante, pues coinciden también las causas que provocan la diabetes grasa.

En las pancreatitis agudas, la glicosuria falta á veces; es más común en las pancreatitis crónicas, en las esclerosis, la tuberculosis y tal vez en las sifilíticas. (Richardière y Carnot.)

La estearrea es, como lo hemos dicho, un signo de insuficiencia pancreática, y será tanto más acentuada, si existe al mismo tiempo una supresión de la bilis por compresión del canal colédoco. Las heces son entonces untuosas, y dejan sobre su pasaje una superficie oleosa; otras veces se ven bolitas blanquizcas, untuosas, del tamaño de un guisante, solubles en el éter y combustibles; disolviéndolas en el éter, se puede separar la grasa. En ciertos casos de estearrea diabética, los enfermitos utilizan solamente 36 por 100 de las grasas ingeridas.

Ziehl ha descrito cristales microscópicos de materias grasas; éstos se encuentran en los casos de obstrucción simultánea de los canales colédoco y de Wirsung. (*Arch. Génér. de Méd.*, núm. 37, París, 1884.)

Algunos autores creen que, aun suprimiendo la grasa en la alimentación, la estearrea persiste. Clark, Friedreich, piensan que esta grasa proviene de la desasimilación de los tejidos.

Esta eliminación de grasa se hace también por la orina; de allí la lipuria, observada desde hace mucho tiempo por los médicos ingleses, acompañando á la glicosuria y la estearrea. Harley, entre otros, en su obra sobre la orina, dice que la diabetes se acompaña algunas veces de orina «quilosa». Bence Jones y Beale han constatado también la simultaneidad de la lipuria y de la diabetes; pero lo que se les escapaba era la relación de estos síntomas con la insuficiencia pancreática. Este síntoma se explica por la propiedad que posee el páncreas de descomponer la grasas en ácidos grasos y glicerina. Cuando la secreción pancreática externa se hace insuficiente, una parte de las grasas que no han sido descompuestas se elimina por las heces, y la otra parte, absorbida por medio de la secreción intestinal y de la bilis, se elimina por la orina (Lancereaux). Otro síntoma de alteración del páncreas es la pigmentación de la piel, que llega á veces á dar á la fisonomía el aspecto de un mulato; en ciertos niños atacados de enteritis crónica hemos podido notar este síntoma, que había llamado la atención de los padres.

Las hemorragias pancreáticas tienen una sintomatología brusca, que permite algunas veces diagnosticarlas. La intensidad del dolor, y el lugar donde él se produce en la región epigástrica; los vómitos, á veces incoercibles; la disminución de las fuerzas, el colapsus, son otros tantos síntomas que á veces facilitan el diagnóstico; en los niños en los cuales no hay arterio-esclerosis, estas hemorragias son debidas á traumatismos; la muerte en estos casos es habitualmente rápida, y á veces súbita. Estos síntomas resultan de las conexiones del páncreas con el simpático abdominal. A las alteraciones y síntomas citados se puede agregar la alteración de las facciones, la excavación de los ojos, la *face gripée*, el enfriamiento y la cianosis de las extremidades, como en los sujetos atacados de peritonitis. El pulso es pequeño, filiforme, acelerado, y la respiración ansiosa, difícil y frecuente; por excepción hay fiebre. Las facultades mentales están á veces abolidas. (Lancereaux.)

Los síntomas de las pancreatitis tuberculosas son nulos, toda vez que se trate de una simple granulia pancreática; los trastornos que ellas determinan se confunden con los trastornos concomitantes de los otros órganos. Cuando los ganglios tuberculosos vecinos del páncreas adquieren un gran volumen, irritan el plexo solar, y entonces es común ver manifestarse un dolor sordo é intermitente; la glicosuria y la lipuria se manifiestan poco á menudo en estos estados; pero el marasmo y el enflaquecimiento, propios á las enfermedades del páncreas, se presentan á veces en la tuberculosis de esta glándula. Estas lesiones atacan de preferencia la cabeza y cuerpo de la glándula, en tanto que la cola contrasta por su aspecto normal.

Entre los síntomas de vecindad se puede colocar la pigmentación, atribuída por Arán á la presión que los ganglios tuberculosos peripancreáticos determinan sobre las ramas ó ramificaciones del plexo solar.

Otro síntoma producido por lesión de vecindad es la ictericia: toda lesión de la cabeza del páncreas puede suprimir el curso de la bilis; la simple congestión de la glándula puede ocasionarla, y tal vez muchas ictericias llamadas catarros biliares, y que desaparecen más ó menos rápidamente, son debidas á esta causa; basta recordar, como lo hemos dicho, que muchos individuos tienen su conducto colédoco que camina en el espesor del tejido pancreático, y todo crecimiento del volumen de éste puede comprimirlo. Ciertos casos de esclerosis del páncreas se acompañan de cirrosis hepática en el niño; esto no tiene nada de extraordinario, pues los mismos factores que obran en el adulto producen sus efectos en el niño: tales son la sífilis, el paludismo y el alcoholismo. (Lancereaux.)

Los excrementos decolorados ó arcillosos han sido dados igualmente como un síntoma importante de obstrucción de las vías pancreáticas.

(Walker: Significación clínica de las heces decoloradas sin ictericia, y su relación con las enfermedades del páncreas. *Med. ch. trans.*, London, t. XXXIII, pág. 25.) En los dos casos observados por Walker, los conductos biliares estaban sanos. Como síntomas reflejos, se ha observado también hipo, vómitos.

La hidropesía, cuando acompaña la esclerosis del páncreas, depende de una cirrosis hepática concomitante; sucede lo mismo con la melena y la hematemesis; esto se explica, como lo hemos ya indicado, por las relaciones anatómicas y fisiológicas de las dos glándulas.

Hablaremos, para terminar este capítulo, de las alteraciones que se presentan en la sangre en los casos de degeneración del páncreas.

Las experiencias de Katz y Winckler demuestran que la sangre presenta una doble alteración, una tendencia muy marcada á la coagulación, y un aumento considerable en el número de los leucocitos (estudios experimentales sobre la degeneración del páncreas. *Arch. f. Verdaung-Krankheiten*, IV, 3, 1898). Estos autores piensan que la destrucción del tejido pancreático, y especialmente de núcleos de sus células, debe necesariamente determinar la aparición de la nucleína en el medio sanguíneo; de esta manera, la inyección de nucleína en la sangre produce, como se sabe por los trabajos de Korbackzewski, una hiperleucocitosis manifiesta; se explica por esto el aumento de los leucocitos en el curso de las enfermedades del páncreas, y de la misma manera se comprende el aumento de la fibrina y de la coagulabilidad. Otro síntoma mencionado por Edwards (relación de un caso de pancreatitis aguda probable, seguido de curación, *Philadelphia Med. Jour.*, 9 de Abril de 1898), y la ausencia del índican en condiciones capaces de producirlo; en la ligadura del conducto de Wirsung se notaría una disminución considerable de índican, y Edwards da este hecho como un síntoma de pancreatitis aguda.

Los síntomas de vecindad que hemos citado antes: compresión del colédoco, obstrucción del conducto de Wirsung, irritación del plexo solar, etcétera, no se observan sino en las alteraciones ó tumores de la cabeza del páncreas y de la parte adyacente; pues si estos procesos se localizan en la cola, pueden pasar desapercibidos y el diagnóstico se hace imposible.

Los síntomas observados en el curso de gastro-enteritis crónicas en los niños, y principalmente en los casos terminados por muerte, son síntomas caracterizados por una dispepsia gastro-intestinal invencible, contra los cuales han fracasado la medicación y la alimentación; hemos sido los primeros en atribuir estos hechos á la esclerosis del páncreas en nuestro trabajo publicado en los *Archives de Médécine des Enfants* (Julio de 1900), que describe dos casos de esclerosis del páncreas en las gastroenritis infantiles crónicas. Estas relaciones entre ciertas gastroenteritis crónicas y la esclerosis del páncreas en los niños, habían pasado inadvertidas hasta el punto de no figurar en los tratados de Patología de la infancia hasta la época de nuestro trabajo, al menos en los tratados llegados á nuestro conocimiento; nuestro excelente maestro el Dr. Comby lo menciona en su notable *Tratado de las enfermedades de la infancia.*

Los síntomas de la esclerosis del páncreas en las gastroenteritis crónicas se confunden con los de la atrofia: es la demacración, tan característica en las enfermedades del páncreas y tan frecuentemente terminada por la tuberculosis. La estearrea es frecuente, lo mismo que las heces decoloradas y arcillosas, alternando con *poussées* de enteritis aguda, disentéricas á veces y terriblemente fétidas; estas heces sanguinolentas indican una profunda alteración de la mucosa intestinal, y esto depende á su turno de la falta de la acción simultánea de los dos jugos, pancreático y biliar, por alteración y degeneración de sus vísceras respectivas.

En efecto: muchos fisiologistas están de acuerdo en atribuir á estos jugos, además de la acción de sus fermentos sobre la alimentación, una acción excitante especial sobre el protoplasma del epitelio de la mucosa intestinal, hasta el punto de que la ausencia de estos jugos compromete la

vitalidad de la mucosa, la impide regenerarse y va aun hasta la ruptura de los capilares, con producción de melena, enterorragia, etc. Heclar y Wellen han visto producirse todos los fenómenos hemorrágicos en perros con fístula biliar y privados de páncreas.

Waller y Duval aceptan la acción directa del jugo sobre la vitalidad del epitelio intestinal. En ciertos casos de gastroenteritis crónicas hemos visto producirse glicosuria, si bien que ésta no sea un síntoma frecuente, y en la autopsia hemos encontrado el páncreas esclerosado; en estos casos es muy común encontrar la degeneración grasosa y la esclerosis del hígado acompañando á la del páncreas.

Diagnóstico.—Las consideraciones expuestas más arriba muestran las dificultades que se tiene para distinguir los síntomas propios de las enfermedades del páncreas y los síntomas presentados por los órganos que lo rodean; por otra parte, el páncreas es un órgano del que algunas funciones pueden ser suplidas por otros órganos, como el estómago, el hígado y la mucosa intestinal, aun por las glándulas salivares; y si éstas están sanas, las enfermedades de la glándula pueden quedar ocultas; pero de la misma manera pensamos que, si el clínico está prevenido y si examina con atención el organismo del enfermo, puede llegar á descubrir las enfermedades de esta glándula; en efecto: estamos persuadidos que á menudo las enfermedades del páncreas son desconocidas porque no se piensa en las glándulas, á causa del hábito que se tiene de no ocuparse de ella; y esto no solamente en la cabecera del enfermo, sino también en el momento de la autopsia.

Sahli ha encontrado un método, que consiste en endurecer la gelatina por la formalina, dando una sustancia que él llama glycoide; con esta sustancia se hacen cápsulas que pueden resistir durante ocho horas á la acción del jugo gástrico, en tanto que ellas se disuelven al contacto del jugo intestinal en menos de tres horas. Si se encierra en estas cápsulas un derivado iódico, sea un ioduro ó 15 centigramos de iodoformo, se verá aparecer el iodo en un sujeto normal al cabo de cuatro á seis horas después de la ingestión de la cápsula. Si la digestión pancreática está alterada, es decir, si hay insuficiencia más ó menos completa del páncreas, el iodo no se eliminará sino más tarde, ó no se eliminará. Para poner este método en práctica, Bourget de Lausanne (La digestión pancreática, *Journal des Praticiens*, pág. 846, 31 de Diciembre de 1897) indica el procedimiento siguiente: se moja una hoja de papel de filtro blanco con una solución de almidón al vigésimo, se la deja secar y después se la divide con un lápiz en cuadrados de 20 centímetros. Se echa en medio de cada cuadrado dos ó tres gotas de una solución de sulfato de amoníaco al vigésimo; se deja secar al abrigo de la luz; hecho esto, se prescribe al enfermo escupir cada cuarto de hora en estas casillas, después de haber anotado la hora. Por la coloración se conocerá el momento de la aparición del iodo y el grado de absorción según la coloración.

No hemos podido poner en práctica este método, tan seductor á primera vista, pero hemos creído deber mencionarlo.

Tratamiento.—De las experiencias hechas por diversos exploradores en los animales á los cuales se les había sacado el páncreas, se deduce que algunos síntomas producidos por esta extirpación desaparecen introduciendo en el organismo, por la vía abdominal ó gástrica, el jugo pancreático de otro animal; sucede así para la glicosuria y la estearrea. Hedon, y otros con él, han visto: 1.°, que si en un animal al cual se ha ingerido un trozo de páncreas se extirpa el páncreas, la glicosuria no se produce; 2.°, si á este perro privado de páncreas se saca el injerto, la glicosuria se presenta y dura hasta la muerte. Masuyama y Schild (Sobre la manera de tratar la estearrea diabética con preparaciones de páncreas, *Zeitschr. f. diätet physik. Therapie*, vol. 3, 1899) mencionan un caso de estearrea diabética en el cual, dando al enfermo 192 gramos de grasa por día, solamente 36 por 100 eran utilizados; y dando al mismo tiempo 100 gramos de páncreas triturado, la cantidad de grasa utilizada subía á 65

por 100; esta cantidad descendía de nuevo hasta 36,9 por 100 cuando se suprimía el páncreas.

Landmeyer (*Zeitschrift Biologie*, vol. 31, pág. 12 á 95, 1874) ha notado en los animales á los que se les había extirpado el páncreas que, agregando á su alimentación páncreas crudo de carnero, se aumenta considerablemente la cantidad de sustancias albuminoides y de grasas absorbidas. En presencia de estos hechos, los clínicos no han dejado de administrar preparaciones de esta glándula á los enfermos atacados de insuficiencia pancreática. Lancereaux, en los casos de aplasia pancreática, ha empleado páncreas de carnero finamente picado, con resultados excelentes. Tal vez en ciertas formas rápidamente mortales de diabetes juvenil, las inyecciones de jugo pancreático fresco contribuirían á alejar el término fatal.

El mejor régimen y el más apropiado para las enfermedades del páncreas reposa en el conocimiento que tenemos del funcionamiento de esta glándula; por consiguiente, los alimentos que tienen necesidad de ser atacados por el jugo de esta glándula deben ser suprimidos, y la indicación formal consiste en aconsejar aquellos que son digeridos por los jugos gástricos y duodenales.

Se prescribirá, pues, las sustancias grasas, mientras que los albuminoides, la leche y las peptonas serán recomendadas. La estearrea, el vómito, la diarrea, si indican una insuficiencia de la secreción pancreática externa, conducirán á prescribir los excitantes de las glándulas del duodeno; una abundante glicosuria y un adelgazamiento excesivo indicarán la administración de jugos frescos de páncreas de buey ó de carnero. (Lancereaux.)

Fuera de estos casos, la terapéutica del páncreas carece de medios y es algún tanto empírica. Los mercuriales parecen ser los únicos agentes que excitan la secreción de esta glándula. (Lancereaux).

Hemos empleado la pilocarpina, que tiene una acción positiva sobre la secreción del jugo pancreático, y bajo su influencia hemos visto modificar favorablemente ciertas gastroenteritis que habían hasta entonces resistido á todo tratamiento. Como tratamiento de las hemorragias, se abrirá el abdomen sobre la línea media y se hará un taponamiento. Contra los abscesos es necesario emplear la laparotomía, seguida de drenaje; pero antes se deberá hacer la sutura del peritoneo parietal á los labios de la incisión abdominal.

Los quistes del páncreas serán tratados por la laparotomía mediana, la incisión del saco y el drenaje; es éste el procedimiento que da mejor resultado; la extirpación total, cuando es posible, queda como tratamiento de elección. Contra los tumores sólidos, si se ensaya la extirpación total, es necesario hacer la laparotomía mediana, formando un pedículo con el tumor que se secciona.

Para llegar á la glándula por vía abdominal anterior es necesario dividir tres veces el peritoneo: 1.°, la hojuela parietal anterior; 2.°, epiplon gastro-hepático y mesocolon transverso; 3.°, hojuela parietal posterior. Son éstos los puntos de reparo que da Sandras (Contribución al estudio de la topografía y de la cirugía del páncreas. *Echo Méd. de Lyon*, número 115, 1899), que es uno de los que se han ocupado de la cirugía del páncreas.—(De *La Semana Médica*, de Buenos Aires.)

El tabaquismo y su tratamiento, por el Dr. E. L. Abogado.—Un hecho evidente y absolutamente indiscutible es el incremento rapidísimo que en nuestra época ha tomado el uso del tabaco. El progreso de las negociaciones consagradas á este giro, el notabilísimo aumento de cultivadores de la planta y de los terrenos consagrados á ella, y el importante puesto que en el comercio de todas las naciones ha tomado el ramo del tabaco, comprueba de manera evidentísima que la proporción de fumadores se eleva cada día en una formidable progresión.

Los accidentes y trastornos que el abuso de esta planta acarrea al organismo humano se han acentuado y obsérvanse con mucha mayor frecuencia, siendo lógico que la atención de los patologistas se fije más cada día en los desórdenes que acarrea esta nueva forma de sibaritismo de la edad moderna, que á las múltiples causas de degeneración y pérdida de la salud empéñase en agregar otras y otras más.

Distintos trabajos hemos leído últimamente sobre esta cuestión, siendo de los principales la monografía del Dr. Georges Petit, miembro de la Sociedad contra el abuso del tabaco, comentada favorablemente por la *Revue de Thérapéutique*, 70 année, núm. 13, 1 Juillet 1903, é intitulada como esta nuestra breve nota terapéutica.

En el último número de la revista de Alcaloidoterapia *La Dosimétrie* hemos encontrado un pequeño artículo del mismo Dr. Georges Petit, que sucintamente vamos á extractar, y que nos ha sugerido la idea de tratar el punto agregando algunas reflexiones.

El autor afirma desde luego con justicia que existen algunos medicamentos, sobre todo *la estricnina*, que en los casos de tabaquismo dan excelente resultado, tanto contra la intoxicación misma como para vigorizar el organismo que lucha contra la depresión, causada por el agente tóxico y revelada por ciertos órganos y ciertas funciones. En los casos agudos, la dosis ministrada es de 3 á 5 miligramos, y á una dosis análoga ó un poco menor en los casos crónicos para combatir la adinamia, la depresión y la neurastenia.

El Dr. Zalackas, en *Le Progrès Médical*, recomienda la *eserina* como un excelente antídoto de la *nicotina*, de la cual una dosis terapéutica y y no tóxica neutraliza una dosis tóxica de alcaloide del *Physostigma venenosum*, con la condición única de ser administrada antes que éste. Una dosis tóxica de nicotina, sin embargo, no neutraliza en manera alguna otra dosis tóxica de eserina, aunque en realidad enmascare los efectos de la eserina. Esto depende probablemente de que la nicotina posee dos propiedades antagónicas, y sin embargo positivas y reales, aunque inversas, la una excitante y la otra paralizante; sucediendo tal vez por esto que la acción paralizante que también tiene á su vez la eserina se añade á la misma, que es la dominante en la nicotina, y el resultado sea contraproducente, auxiliándose en vez de combatirse ambos agentes. Por esta razón está contraindicado el uso de la eserina en la forma adinámica del tabaquismo.

Por eso mismo el autor prefiere en los casos de arterio-esclerosis el uso de los *ioduros alcalinos* y de los antiespasmódicos, *cicutina*, *hiosciamina* y *digitalina*.

El *sulfato de esparteína* es también un medicamento de gran valor y correcta aplicación en las afecciones cardíacas graves con irregularidad y diminución de los movimientos del corazón, cuyo ritmo normal puede restablecer. Este medicamento, pues, se encuentra por consiguiente indicado en los casos de *tabaquismo*, del mismo modo que es un valioso agente en el tratamiento de los casos de *morfinismo*. Así lo comprueban los casos de los Dres. Ball, Demings y Barnay. Nosotros, asimismo, recordamos haberlo empleado y recomendado en iguales circunstancias, variando su modo de administración, más ó menos intenso según el método que se sigue para obtener la curación, más ó menos rápidamente según las circunstancias y el criterio del médico tratante.

Los síntomas que dominan en estos casos, y que son los más alarmantes y peligrosos, los síntomas y perturbaciones de parte del corazón, se amortiguan y van desapareciendo en breve plazo; el eritismo cardio-vascular mejora y el sueño fisiológico vuelve, normalizándose el estado general. Al mismo tiempo el estado moral del enfermo cambia y se transforma; y con la desaparición de los fenómenos que acusan la depresión del funcionalismo orgánico y de la voluntad, percibe pronto los beneficios de la medicación, y una energía provechosa renace en su ánimo y completa la curación definitiva.

Cuando con el síndrome de congestión ó angina de pecho se observan las palpitaciones y la taquicardia, encuentran asimismo una aplicación adecuada la *cafeína* y alguna vez la *veratrina*. El régimen dietético é higiénico bien meditado es de rigor, significando un buen auxiliar del tratamiento terapéutico. El buen funcionamiento del tubo digestivo contribuye, como es natural, al éxito final; y algunas veces, para lograr la desinfección del intestino, puede y debe usarse el sulfhidral.

***

Esta breve síntesis del artículo del Dr. Petit traza los rasgos principales de tratamiento del *tabaquismo*, que, como decimos al principio, se observa y se observará con más frecuencia cada día, desgraciadamente.

En la magnífica obra de Pendzoldt y Stintzing, *Tratado de Terapéutica*, que otra vez hemos citado, en el tomo II, pág. 292, se encuentra un artículo del Dr. Husemann, consagrado al tabaquismo ó nicotinismo, formando parte de la sección en que ampliamente se trata de las intoxicaciones con sustancias vegetales, sección que por sí sola abarca 43 especies de envenenamientos.

Después de un resumen de la sintomatología, causas, etc., de la enfermedad, el autor hace un análisis de los tratamientos propuestos, sea empíricos, sea más ó menos razonados. Después de citar los medicamentos propuestos en la forma aguda, administración de iodo (Reil), tanino (Fabarger), inyección morfínica para vencer la rigidez muscular (Oppolzer), diuretina ó digitalina para aumentar la diuresis (L. van Praag), afusiones frías, amoníaco, éter, respiración artificial (Uspensky), etc., que tienen sus indicaciones en cada caso especial, pasa el autor al tratamiento de la intoxicación crónica por el tabaco, causada más aún que por la nicotina por la *colidina*, base piridínica sumamente tóxica, y por el ácido prúsico.

Husemann acepta como Petit la *estricnina* como el mejor antídoto y remedio del tabaquismo, que se revela por los múltiples trastornos funcionales que le son característicos, aconsejándose también con Courserand las inyecciones de *clorhidrato de pilocarpina*, para acelerar la eliminación de los productos tóxicos.

Contra la hiperestesia gástrica recomienda Kjellberg el agua de Carlsbad, á la que por la benignidad y eficacia de acción preferimos nosotros, de acuerdo con Petit, el Sedlitz Ch. Chatteaud.

Para complementar la acción del tratamiento médico es preciso, naturalmente, procurar la supresión de la causa que ha originado el mal. La buena higiene, asimismo, mejorará el estado del enfermo y hará que pronto desaparezcan los accidentes y se restablezca la normalidad de sus funciones.

Como buenos consejos para prevenir los accidentes que sobrevienen en los fumadores, se dan, entre otros, los siguientes: 1.° No fumar cuando el estómago se encuentra vacío, es decir, antes de los alimentos. 2.° Fumar con boquilla, prefiriendo aquellas que constan de varias piezas desmontables, que fácilmente se limpian. Últimamente se han inventado algunas de trayecto sinuoso, y en las que el humo pasa al través de algodón ó filtro. 3.° No fumar en piezas cerradas, y mucho menos si en ellas hay niños, sobre los cuales ejerce dañosa influencia; 4.° Evitar los tabacos fuertes, como el americano de Virginia. Y 5.° Fumar de preferencia al aire libre.

Para evitar más eficazmente los peligros del tabaquismo, sería conveniente encontrar un procedimiento que privase á la planta de sus principios tóxicos, conservándole su aroma y gusto característico, y que la ley exigiese lo que pudiéramos llamar su *purificación*.—(De la *Crónica Médica Mexicana*.)

El corazón en la gripe de los niños, por D. Ramón Gómez Ferrer.—Con frecuencia, la gripe es una enfermedad adinámica.

Digo adinámica, en el sentido de su influencia deprimente sobre el sis-

tema nervioso, desproporcionada con la intensidad de los síntomas de otros sistemas que manifiestan la infección.

¿Quién no se sorprende al comparar, por ejemplo, los efectos sobre el sistema nervioso de un acceso de paludismo, después de destruir glóbulos rojos, hasta bajar la cifra de 4.500.000 por milímetro cúbico á cuatro ó tres y medio millones, y la depresión y languidez del mismo sistema después de algunos accesos febriles de escaso valor, y que apenas alteran el color del semblante de un atacado de gripe?

¿Por qué la adinamia súbita en la gripe?

¿Será una acción electiva del microorganismo sobre los centros ó conductores nerviosos?

¿Se deberá á cierta afinidad de los venenos que el microorganismo de Pfeiffer elabora sobre la sustancia gris de la neurona?

Digan lo que resulte de serios estudios microbiológicos ó químico-biológicos quienes al laboratorio se dedican, al clínico toca señalar el hecho y aspirar á una interpretación que pueda ser manantial de indicaciones terapéuticas, última aspiración del médico.

Cuando tropezamos en varios casos (de los acaecidos en una epidemia) con una singularidad que se repite, la inteligencia se preocupa aspirando á encontrar la razón del epifenómeno observado.

Esto me ha sugerido reflexiones semejantes á las que apunto en esta nota.

Asistimos este invierno, como otros, al recrudecimiento de la gripe endémica; accidente fortuito ó carácter especial de la de este año, es el hecho de haberme llamado en varios casos á consulta, ó de haber recibido avisos más ó menos alarmantes de clientes infantiles por mí asistidos con motivo de un colapso ó de varios, en serie alarmante, acaecidos en los enfermitos. Algunos me han sido referidos por la familia; otros han sido presenciados por compañeros expertos, como ocurrió con uno que visito con mi querido colega el Dr. Ortigosa.

En todos, el relato sucinto y más ó menos especificado es el mismo: de pronto, el niño, enfermo desde pocas horas ó algunos días (fijando como punto de partida de la dolencia no el real, sino el momento en que ya la familia se alarma, es decir, cuando estalla la fiebre), el niño, decía, palidece, se enfrían manos y cara, está en resolución muscular, con mirada indiferente, palidez del semblante, á veces ligera é intensa cianosis en los labios, pulso pequeño é imperceptible. Se le calienta y fricciona, ó se ponen revulsivos; se le administra un estimulante, vino, caldo, café; pasa aquel estado, que va seguido alguna vez de una pequeña convulsión y luego modorra, á veces depresión inicial, y al acudir más tarde el médico puede apreciar pulso débil, en ocasiones ancho, con amplitud de onda *acintada* á modo de cuerda floja que se sacude por un solo cabo, y cuya ondulación es transmitida al dedo que observa. Frecuente, á veces, alguna intermitencia ó retardo de una pulsación, vese en ocasiones cierta ansiedad y palidez en el semblante del niño. Se plantea un tratamiento basado en la necesidad de mantener el tono cardíaco, y tras de alguna alternativa, y quizá repetición de lo observado, en grado mayor ó menor, el enfermito se libra definitivamente de tal situación.

¿Qué circunstancias acompañan al síndrome del corazón en los enfermitos en quienes se observa?

He cuidado de recordarlas, y allá van las principales que á mi memoria se presentan.

Desecho las que me han señalado las familias como determinantes del ataque, y que son el efecto de una crisis terapéutica. Por ejemplo: al dar al niño una cucharada de una poción inocente las más veces (benzoato sódico en poción), ó bien al aplicarle una envoltura fría en un estado hipertérmico, ó un baño caliente en un síndrome meníngeo, etc., por cuanto en muchos de estos casos el agente supuesto responsable habrá, si acaso, obrado como causa ocasional de una crisis, puesto que bien esclarecida la cosa, resulta comprobado que, antes ó después del hecho imputado, han acaecido otras crisis semejantes.

Y voy á mencionar, sin orden de importancia, que no podría yo discurrir en este momento, las consecuencias que pudieran servir para interpretar el síndrome citado, según las zonas de energía principalmente comprometidas.

1.° Zona encéfalo-medular. En el curso de algún caso diagnosticado de meningitis serosa, el colapso por tendencia sincopal ha sido observado. No es difícil dar la interpretación, puesto que gravemente comprometida la inervación central, nada más fácil que, ó por un fenómeno directo sobre la inervación cardíaca ó por contragolpe sufrido en el corazón á consecuencia de una vaso-dilatación considerable, el ritmo y la intensidad de las contracciones cardíacas y su efecto útil se hallan comprometidos, y de ahí la aparición de los trastornos mencionados.

2.° Zona pulmonar. En algunos casos de bronco-neumonía gripal, el síndrome cardíaco aparece bruscamente y suele repetirse con caracteres alarmantes; así como en el grupo anterior alternan la taquicardia y la tensión algo exagerada (casi nunca hipertensión notable) con la astenia cardio-vascular, esta última suele ser una nota constante en los casos á que aludo, llamando la atención el contraste de la hiperdinamia habitual cardíaca de los afectos bronco-pulmonares infantiles en los primeros tiempos de casi todos los procesos que ahí se localizan, con la tendencia á esa verdadera asistolia desde el principio de las afecciones broncopulmonares infantiles que con carácter gripal observamos. Y no es que sean intensos estos procesos ó muy extensos, pues en tal caso la adinamia cardíaca se explicaría bien hasta por obstáculos mecánicos á la circulación pulmonar.

Véase un caso. «Un niño de dos años (precisamente el que asistimos el el Dr. Ortigosa y yo) comienza por enfermar con ligeros síntomas catarrales y accesos de fiebre intermitente de 39 á 40°.

Las remisiones de la fiebre son bastante prolongadas y considerables para esperar que la tregua aliviará notablemente á los órganos que sufren más durante el acceso febril; las vías digestivas responden á la infección con fenómenos catarrales débiles, pero con inapetencia notable y fermentaciones intestinales que ocasionan fetidez muy acentuada. Al octavo ó décimo día de enfermedad, aparecen síntomas alarmantes de parte del sistema nervioso (agitación, insomnio, movimiento rotativo de la cabeza, algún grito, malestar); la inteligencia se conserva, la fiebre aumenta. Se acude á la balneación y á la quinina en inyecciones, á lavados intestinales. Ceden los síntomas, duerme el niño, remite la fiebre. Al día siguiente, lejos de la influencia de ningún baño, un colapso se presenta de las condiciones arriba indicadas. La familia lo combate como puede mientras avisa á los médicos. Llega primero el Dr. Ortigosa, y aprecia el estado consecutivo al síncope ó casi síncope habido.

Más tarde se reproduce éste durante un baño caliente á 38 grados.

El niño ofrece agravación de los fenómenos torácicos, *pero muy leve.* Aumento de zona en que se perciben estertores mucosos finos y sibilantes aislados, sin gran frecuencia respiratoria, con sólo alguna ligera submacidez acá y acullá en distintas zonas del pulmón.

El tratamiento empleado parece ha hecho desaparecer la tendencia al síncope en la tarde siguiente al día en que ocurrieron los primeros accidentes.

Fenómenos semejantes han ocurrido en varios otros casos, entre ellos el de un niño de seis años, visto en consulta con el Dr. Lorenzo Gómez, cuyo enfermo presentó, á los pocos días de catarro leve y otalgia, síntomas de bronco-neumonía gripal seudolobular localizada en la base del pulmón derecho, y en el curso de ésta, cuando ya el niño debía estar habituado á las altas temperaturas, sufrió un síncope, á partir del cual el pulso frecuente y muy débil no se recobró sino en parte tras la administración de la estricnina, digital é inyección de 400 centímetros cúbicos de suero Hayem. La única perturbación grave de las funciones cardiovasculares no se repitió, aun después de la defervescencia febril acaecida en los días noveno y décimo posteriores á la invasión del pulmón.

3.º Zona gastro-intestinal. Algunos casos de gripe con localización gástrica (forma de gastritis gripal con vómitos casi continuos), intestinal (estreñimiento, deposiciones muy fétidas) ó gastro-intestinal, han presentado el síndrome mencionado, con menor frecuencia que los casos comprendidos en los números anteriores.

La interpretación de estos hechos, que tienen el carácter de repentina aparición, repetición posible con carácter idéntico, fugacidad y alternativa con otros fenómenos desemejantes, propio de la gripe, es fácil cuando se da la concurrencia de síndromes cerebrales ó gastro-intestinales: encuentro la interpretación más difícil cuando coinciden con fenómenos de bronco-neumonías ó neumonías gripales, por cuanto á la excitación de procesos inflamatorios de pulmón se acompaña, por lo común, de excitación cardio-vascular.

¿Podrá el nexo del síndrome indicado con otros de zonas tan apartadas hallarse en un reflejismo particular del bulbo modificado por el veneno gripal y provocado por el estímulo del neumogástrico?

La vía refleja motriz, ¿será inhibida por acción simultánea sobre centros bulbares y espinales, de donde resulta taquicardia frecuente y depresión del pulso?

¿O bien la acción inhibitoria puede seguir, ora la vía del neumogástrico en cuanto freno del corazón, ora la del gran simpático, originando dilatación vascular paralítica, congestiones viscerales y falta de resistencia al corazón central por paresia del corazón periférico?

Las dos últimas interpretaciones me han parecido verosímiles y me han hecho formular la doble indicación de estimular el corazón periférico en primer término, reforzando la contracción cardíaca central á expensas de la frecuencia, en segundo lugar; de donde la administración del sulfato de estricnina durante algunas horas y de la digital después. El éxito ha seguido á esta intervención terapéutica; pero á pesar del aforismo *naturam morborum curationes ostendunt*, el clínico debe estar muy prevenido siempre ante la consideración de posibles coincidencias fortuitas, y solamente me atrevo á señalar la posibilidad de ser cierta la interpretación que he dado á los hechos para estimular á otros observadores de mayor competencia.

Deseo apuntar como resumen las siguientes proposiciones:

La gripe es con frecuencia una enfermedad adinámica, hecho indicado ya por West á propósito de la gripe en los niños, con motivo de la epidemia de 1856, y comprobado por muchos observadores en epidemias ulteriores (1).

No es infrecuente la aparición en los niños enfermos de gripe de una depresión cardio-vascular, que en los casos más graves ocasiona uno ó varios síncopes, hechos que concuerdan con la llamada por Duflocq *forma bulbar* de la gripe.

Los fenómenos de astenia cardio-vascular indicados pueden ir clínicamente unidos á síndromes predominantes cerebro-espinales, pulmonares ó gastro-intestinales.

Parece lógico referir tales fenómenos á una influencia del agente tóxico de la gripe sobre centros bulbo-espinales, cuya debilitación acarrearía dilatación paralítica vascular, y por consecuencia taquicardia y síncope.

El mejor tratamiento del accidente consiste en modificar las condiciones patogénicas del mismo mediante la acción sucesiva y combinada de la estricnina y de la digital.—(De *La Medicina Valenciana.)*

---

(1) Recordemos el justo motivo con que insiste mi eminente colega el Dr. Martínez Vargas (V. notas al artículo «Gripe», en la traducción española del *Tratado de las enfermedades de la infancia*, de Comby) acerca del carácter febril infectivo de la sangre en la gripe, contra el antiguo concepto nosológico de Bristowe, que conceptuaba la gripe como una bronquitis epidémica ó contagiosa.

Dos casos raros de escarlatina, por el Dr. Julio F. Arteaga.—En ninguna época como la actual, en que prevalece en la Habana la epidemia de escarlatina, es más justificada la frase «todo es sospechoso en tiempo de epidemia».

En el Hospital «Las Animas» (Departamento de Sanidad de la Habana) he tenido la oportunidad de observar todos los casos de esta fiebre que allí han sido traidos desde que la enfermedad se hizo epidémica; y considerando interesantes las observaciones de casos atípicos, he determinado publicar las observaciones siguientes:

Generalmente se entiende por «escarlatina» una fiebre eruptiva aguda, de origen infeccioso, caracterizada en su principio por una erupción roja muy difusa en todo el cuerpo, y seguida de una descamación, en pedazos más ó menos grandes, de toda la piel; acompañan á estos síntomas característicos otros no menos importantes, como son: la rapidez del pulso, vómitos y dolores de garganta, causados por la inflamación de las amígdalas, la faringe y órganos vecinos.

Como en casi todas las enfermedades hay sus variaciones, en la escarlatina también las hay, y hemos observado con mucha frecuencia la llamada «escarlatina sin exantema», teniendo que hacerse un diagnóstico sospechoso, basado en la curva térmica, en los dolores de garganta, etc., hasta poder confirmar nuestra sospecha al evidenciarse la descamación típica de la escarlatina.

Como dejo descrito, tenemos dos extremos, y entre esos dos hay diversas variaciones; pero nunca había podido encontrar ninguna como la que motiva este trabajo, y que viene á ser, por decirlo así, un punto medio entre las dos formas descritas, pues se trata de escarlatinas localizadas en una región del cuerpo, con descamación únicamente donde se presentó la erupción. Verdaderamente, son unas escarlatinas parciales.

Caso 1.—Z. V., hembra, de catorce meses de edad, procedente de la Beneficencia, fué admitida en el Hospital «Las Animas» á la una P. M. Noviembre 8, 1903, con el diagnóstico de remisión «sospechosa de escarlatina». Temperatura, 39,4° centígrados. Pulso, 148.

Rash muy rojo en el pecho y vientre, desde la tetilla izquierda oblicuamente hacia el ombligo.

La garganta, muy roja. P. M. Temperatura, 37,7° centígrados. Pulso, 148.

Noviembre 10. A. M. Temperatura, 37,5° centígrados. Pulso, 150. El rash sigue rojo, pero empieza la descamación típica de la escarlatina. Se observa que el rash se ha extendido hacia la espalda. P. M. Temperatura, 38,7° centígrados. Pulso, 150.

Noviembre 11. A. M. Temperatura, 37,7° centígrados. Pulso, 160.

La descamación continúa. El rash no se ha extendido. Se presentan síntomas catarrales en la nariz y los ojos. P. M. Temperatura, 38,5° centígrados. Pulso, 146.

Noviembre 12. A. M. Temperatura, 37° centígrados. Pulso, 140.

El rash del costado y espalda, muy rojo y empieza á descamar. P. M. Temperatura, 38,3° centígrados. Pulso, 136.

Noviembre 13. A. M. Temperatura, 37,5° centígrados. Pulso, 140.

Sigue la descamación, pero limitada á la región donde apareció la erupción. P. M. Temperatura, 38,1° centígrados. Pulso, 140.

Noviembre 14. A. M. Sigue la descamación en el pecho. Temperatura, 37° centígrados. Pulso, 130. P. M. Temperatura, 36,6° centígrados. Pulso, 142.

Noviembre 15-30. No hubo más descamación. La temperatura, normal; y las pulsaciones, de 120 á 140. No tuvo complicaciones.

El diagnóstico en este caso podía confundirse, por tener la enfermita varias zonas de herpes facial. Además, la coloración roja tan limitada hacía contraste con la piel sana que la rodeaba. También hay que advertir que la descamación se presentó casi desde el principio, y que tal parecía un herpes zoster.

Caso 2.—J. A., varón, de veintiún años de edad, motorista, fué admitido en el Hospital «Las Animas» á las cuatro y media P. M. Noviembre 14, 1903. Manifestó que hacía tres días se sentía enfermo, y que veinticuatro horas antes lo había visto un médico. Temperatura, 38,4° centígrados. Pulso, 88. Dolores de garganta. Náuseas. Garganta y lengua, intensamente rojas; la lengua, denudada de epitelio, y presentaba el aspecto de una lengua *fresa*. Erupción muy roja y confluente en la parte anterior del cuello y en el escroto.

Noviembre 15. A. M. Temperatura, 37,3° centígrados. Pulso, 76. Descamación intensa y escarlatinosa del cuello, parte afectada solamente. También hay descamación en el escroto. Siguen los dolores de garganta.

Noviembre 16-24. Temperatura, 36,6°-37,3° centígrados. Pulso, 60-62. Continúa la descamación en el cuello y el escroto. No tiene dolor de garganta.

Noviembre 25. Temperatura, 37° centígrados. Pulso, 62.

No ha descamado más en el cuello ni en el escroto. Se presenta un ligero rash en todo el pecho, pero no se generaliza.

Noviembre 26-29. Temperatura y pulso, normales. Continúa la descamación en el pecho. No hay rash en ninguna otra parte del cuerpo, ni descamación tampoco.

En ambos casos, la curva térmica no fué típica de escarlatina.

El tratamiento consistió en administrar la tintura muriática de hierro, en pequeñas dosis, pero frecuentemente repetidas; alimentación láctea hasta el período apirético, en que se les dió dieta ligera hasta los últimos dos días de la enfermedad, durante los cuales se les dió dieta completa. Baños antisépticos de bicloruro de mercurio (1—5.000) durante la convalecencia.

De que los casos descritos son de escarlatina, no tengo la menor duda. Tengo observado que el rash de la escarlatina, por muy ligera que sea su coloración, generalmente persiste por más de veinticuatro horas, mientras que los rashes eritematosos casi nunca duran tanto tiempo. En estos dos enfermos, aun examinados con luz artificial, pudo notarse el rash característico de la escarlatina; pero se aplazó hacer el diagnóstico hasta poderlos examinar con la luz solar, y aun habiendo hecho esto, no se diagnosticó positivamente hasta después de haber transcurrido más de veinticuatro horas.

La descamación, que muchos consideran síntoma importantísimo para el diagnóstico, carece, en mi opinión, de gran valor, si recordamos que en otras enfermedades febriles se han notado descamaciones escarlatinosas, sin haber rash difuso y dolores de garganta. Y por el contrario, casos que presentan dolor de garganta, con síntomas febriles, náuseas ó vómitos, y con un rash escarlatinoso, aunque no sea generalizado, no debemos titubear en considerarlos como de escarlatina.—(De la *Revista de Medicina y Cirugía de la Habana.*)

Las inyecciones subconjuntivales en el tratamiento de los abscesos de la córnea, por el Dr. Francisco C. Barraza, *Profesor sustituto de Oftalmología de la Facultad de Ciencias Médicas, Jefe del servicio de ojos en el Hospital de Niños.*—En el magistral *Tratado de enfermedades de los ojos*, de Panas, y en algunas Revistas recientes, se preconiza, como el tratamiento de elección para los abscesos de la córnea, la cauterización ígnea del foco purulento.

Es indudable que la acción del galvanocáustico modificará favorablemente el proceso, dada su naturaleza infecciosa; pero teniendo en cuenta que los abscesos ocupan con frecuencia la parte central de la córnea, este medio de tratamiento presenta el grave inconveniente de producir leucomas centrales que impedirán el ejercicio de la visión.

Es ésta una objeción seria que se puede oponer al entusiasmo con que

es aconsejado este tratamiento, porque á pesar de que con una iridectomía óptica se consiguiese restablecer la visión, quedaría siempre el leucoma, que compromete la estética de un modo visible. Esta consideración tiene gran importancia, porque las pacientes aceptan resignadas hasta la pérdida de la visión de un ojo, pero procuran incesantemente hacer desaparecer las «nubes» sometiéndose repetidas veces á la incómoda y dolorosa práctica del tatuaje de la córnea, hasta que se rinden ante la evidencia del imposible.

Me extraña que no se mencione en la obra ni en las Revistas á que me he referido las inyecciones subconjuntivales de soluciones antisépticas, las cuales dan resultados tan satisfactorios, que muchas veces curan grandes abscesos de la córnea sin dejar el menor estigma.

Este tratamiento tiene sobre la ignipuntura las ventajas de no destruir el tejido córneo, de no ser dolorosa, de su fácil ejecución y de provocar la reabsorción del absceso en un menor espacio de tiempo.

No está aún comprobado el mecanismo fisiológico por el cual las inyecciones subconjuntivales determinan la reabsorción del pus en los abscesos de la córnea; pero teniendo en cuenta la gran vascularización que ellas causan, es posible que se produzca un proceso análogo al que se pasa en el período de vascularización de las queratitis intersticiales. El mayor desarrollo de vasos periqueráticos, activando la nutrición de la córnea, determina mayor reabsorción de las células migratrices. Quizás la fagocitosis juega aquí un rol importante, porque la mínima cantidad de sustancia antiséptica inyectada (un cuarto de miligramo de bicloruro) no basta para explicarnos la acción bactericida de la inyección subconjuntival.

Para poder contar con esta acción sería necesario inyectar cantidades mayores de soluciones antisépticas más concentradas; pero dada la facilidad con que estas sustancias atacan la vitalidad de la córnea, nos expondríamos á graves perturbaciones de la nutrición, que traerían hasta la necrosis, á pesar de haberse conseguido la destrucción del agente infeccioso.

Guiado por este criterio he ensayado diversas soluciones antisépticas, tales como el bicloruro, el bioduro de mercurio y el azul de metileno, además de las soluciones de cloruro de sodio.

Con todas estas sustancias he obtenido análogos resultados, provocando reacciones más ó menos vivas, vascularizaciones variables en intensidad y duración, pero siempre activando los cambios nutritivos que se pasaban en la córnea, ya se tratara de lesiones de las capas epiteliales ó del espesor de su tejido.

He creído desde entonces que la acción de las inyecciones subconjuntivales puede ser considerada, de un modo general, como altamente estimulante y tónica, si se me permite la expresión, como un poderoso excitante fisiológico que reanima la vitalidad del tejido, haciendo más activos sus cambios nutritivos y permitiéndole resistir victoriosamente á las infecciones, que son tan peligrosas aquí, donde la ausencia de vasos le priva de un poderoso medio de defensa.

Continuando mis observaciones, he llegado á inyectar suero de sangre de caballo en casos de úlceras de la córnea, de marcha lenta, en el último período de las queratitis intersticiales y en algunas infiltraciones pertinaces, de aquellas que acompañando á ulceraciones, abscesos, etc., persisten aún largo tiempo después de curada la lesión que las produjo. La inyección de un cuarto de centímetro cúbico provoca una viva reacción, no dolorosa, que persiste durante tres ó cuatro días, y aun más; si la dosis inyectada es algo mayor, determina un desarrollo considerable de vasos subconjuntivales superficiales y profundos en la región periquerática, trae un muy leve enturbiamiento de la córnea, enturbiamiento que desaparece del primero al segundo día, desde cuyo momento empieza también la reabsorción de las zonas infiltradas. No se produce cambio alguno en el epitelio superficial ó profundo de la córnea, circunstancia favorable que debe señalarse, porque es sabido que en ciertos pacientes aun las soluciones de cocaína y el lavaje con soluciones boratadas producen una rápida desca-

mación muy superficial, que se manifiesta por un enturbiamiento y despulimiento pasajero de la córnea, que alarma al paciente y molesta al médico, puesto que es una circunstancia indicadora de la exigua vitalidad de estos tejidos en determinados enfermos.

No me creo en condiciones de sentar conclusiones sobre el valor terapéutico de las inyecciones de suero á que me he referido; y esperando poder en un próximo artículo exponer el resultado de estos ensayos en estudio actualmente, bajo la dirección de mi distinguido jefe de clínica doctor H. G. del Solar, voy á ocuparme de la inyección de soluciones de bicloruro de mercurio al 1 por 1.000, cuyo gran valor terapéutico en el tratamiento de los abscesos de la córnea es un hecho que puede afirmarse categóricamente.

He tenido ocasión de tratar por este medio un gran número de abscesos de la córnea, y puedo aconsejarlo como muy útil, teniendo además la ventaja de que se puede asociar con otros agentes de eficacia real en estos casos, tales como el iodoformo, el azul de metileno y la eserina.

El procedimiento que sigo es el siguiente:

Previa desinfección prolija del ojo externo y sus anejos, instilo una solución aceitosa de cocaína al 2 por 100. Doy preferencia á este colirio aceitoso, porque además de tener un poder anestésico igual al acuoso al 5 por 100, tiene la ventaja de no ejercer acción perjudicial sobre el epitelio córneo. El aceite que se emplee será el de olivas, previamente lavado y purificado al alcohol á 95°, esterilizado después á la temperatura de 120° durante diez minutos; el alcaloide debe disolverse en él en sustancia.

Colocado el blefarostato, fijo el ojo con una pinza, é insinúo la aguja de la jeringa de Lüer, tangencialmente al globo debajo de conjuntiva, á pocos milímetros del limbo esclero-corneano y en el punto más próximo posible al sitio del absceso. Para introducir la aguja puede servirse del pliegue formado por la pinza de fijación; pero si esta fijación no fuese cómodo hacerla en las proximidades del sitio del absceso, basta conducir la aguja tangencialmente en el punto de elección; y una vez que la punta ha franqueado apenas la conjuntiva, se inyecta las primeras gotas de la solución. Inmediatamente se produce una especie de quémosis, debido á la penetración del líquido en el espacio subconjuntival, quémosis que nos permite hacer avanzar más la aguja si se juzga necesario, y aleja todo temor de interesar los tejidos más profundos.

Esta circunstancia permite que la operación sea practicada aun por manos poco experimentadas en la cirugía ocular.

El líquido que inyecto con la jeringa Lüer lo formulo así:

Agua destilada.	10,00	gramos.
Bicloruro de hidrargirio.....	0,01	»
Clorhidrato de cocaína.....	0,20	»

Esterilizado.

La cantidad que inyecto de esta solución es generalmente $^1/_4$ de c. c., como máximum, siendo indolora, ó, por lo menos, muy soportable.

Algunos oculistas llegan hasta 1 c. c.; pero, en mi opinión, esto tiene el doble inconveniente de ser á esta dosis muy dolorosa, y producir un quémosis que molesta al médico y alarma á los pacientes, dejando después durante largo tiempo en el sitio de la inyección una placa blanquizca nacarada, semejando una cicatriz, que perjudica la estética, aun cuando no compromete el éxito final del tratamiento.

Las pequeñas dosis que uso, tienen además la ventaja de que pueden ser repetidas tantas veces cuantas sean necesarias, según la marcha de la enfermedad, y sin inconveniente alguno.

Una vez retirada la aguja, practico insuflaciones de iodoformo, y pongo un vendaje oclusivo muy suave, vendaje que renuevo cada día para observar la marcha de la afección, insuflando siempre iodoformo. Cuando

la enfermedad se detiene y comienza el período regresivo, empleo la oclusión con una simple pañoleta, y hago cada tres ó cuatro horas instilaciones del siguiente colirio:

Azul de metileno.....	0,02 gramos.
Agua esterilizada..	10,00 »

Cuando la marcha del proceso requiere el uso de un miótico para disminuir la tensión intraocular ó contraer el esfínter pupilar, recurro á la eserina en solución aceitosa.

Es necesario obtener una solución de eserina perfecta y estable, para lo cual se hace disolver el alcaloide puro en el éter sulfúrico (óxido de etilo $O < \begin{matrix} C^2H^5 \\ C^2H^5 \end{matrix}$) y echar esta solución en el aceite enfriado que haya sido previamente lavado, purificado y esterilizado. Calentando esta mezcla al baño-maría, sin pasar la temperatura de 45°, el éter se evapora totalmente.

La solución así obtenida no se transforma jamás en rubreserina, á la inversa de lo que pasa en las soluciones acuosas, las cuales rápidamente toman la coloración rojiza, reveladora de la transformación de la eserina en rubreserina. —(De la *Revista del Centro de Estudiantes de Medicina*, de Buenos Aires.)

Artritis tuberculosa de la mano y de los dedos, por F. VIDAL SOLARÉS.—Todos los dedos de la mano pueden afectarse de tuberculosis: durante la infancia y la edad juvenil, la tuberculosis del metacarpo y de los dedos afectan las más de las veces las diáfisis de los huesos, mientras que, en el adulto, las afecciones tuberculosas residen preferentemente en las respectivas articulaciones.

La afección ósea está caracterizada por la forma morbosa designada con el nombre de *espina ventosa:* ésta suele iniciarse en las porciones terminales epifisarias de las diáfisis; se propaga luego por toda la cavidad medular en corto tiempo, llegando á fusionar la sustancia esponjosa, y la sustituye por tejido granuloso fungoso é infiltrado de pus, en el que encontramos restos mortificados de la sustancia esponjosa. La capa cortical, siempre delgada, junto con el periostio, es distendida y, á lo mejor, disociada por los productos siempre crecientes de la inflamación; de vez en cuando obsérvase en el periostio noviformación ósea reaccional, originándose así un cuadro, como si el hueso experimentase en breve tiempo una gran dilatación.

En los dos fotograbados que á continuación publicamos se observa claramente la deformación del índice y dedo medio de la mano derecha de dos enfermitos que me fueron presentados en la pediclínica del Hospital de mi dirección, en el mes de Junio del año 1903, diagnosticados de espina ventosa. En ambos grabados se observa una dilatación exagerada de la primera falange: la diáfisis de esos huesos está muy dilatada, á causa de la inflamación medular de los mismos.

Tanto en un caso como en el otro, la diáfisis estaba sumamente adelgazada, notándose en los dos, pequeños secuestros que extraje, encontrando con ello los enfermitos verdadero alivio.

El aspecto de esos procesos óseos lo observamos perfectamente expresado por medio de la radioscopia.

La intumorcencia cilíndrica del segmento de hueso afectado se manifiesta *clínicamente* por la aparición de una tumefacción indolora en toda la circunferencia del mismo; la tumefacción edematosa de las partes blandas va pronto seguida de rubicundez inflamatoria, tan sólo en un punto ó en una extensión mayor ó menor de la región enferma. Los tendones funcionan bien al principio, y más tarde, en proporción á la inflamación que sufren.

Respecto al *tratamiento*, aconsejamos en los primeros períodos de la enfermedad los medicamentos tónicos reconstituyentes, el aceite de hígado de bacalao iodado, el extracto soluble de cereales denominado alimento de Mellín (Mellin's Food), el arsénico, el extracto de las hojas de nogal y el reposo local.

FIG. 1.ª—Espina ventosa de la primera falange del dedo medio de la mano derecha Pediclínica del Hospital de Niños pobres de Barcelona.

En el Hospital de Niños de Barcelona hemos tratado, con satisfactorio y pronto resultado, múltiples casos de espina ventosa de las falanges de los dedos y de los huesos del carpo, en su período de evolución, por medio de las inyecciones hipodérmicas de cacodilato de sosa, á la dosis de un centímetro cúbico, diariamente, durante los veinte primeros días de cada mes.

Con esa abstinencia operatoria hemos llegado á curar por completo muchos casos de espina ventosa.

Si el reblandecimiento óseo se extiende con rapidez y tienden las masas de pus á abrirse hacia fuera, debemos practicar el raspado aséptico del canal óseo; para ello, y con objeto de no herir los tendones ni los nervios, deben hacerse incisiones laterales.

FIG. 2.ª—Espina ventosa de la primera falange del índice de la mano derecha. Pediclínica del Hospital de Niños pobres de Barcelona.

Cuando la espina ventosa ha lesionado extensamente el tejido óseo y se nos pide la intervención quirúrgica, precisa amputar el dedo, cual verificamos en dos enfermitos, cuyas fotografías de sus manos están representadas en las figuras 1.ª y 2.ª

Mastoiditis de Bezold en un diabético: ático-antrectomía-decorticación de la apófisis. Curación, por el Dr. JUAN CISNEROS.—A. S., de cincuenta y cuatro años, vecino de Carabanchel, se presenta en mi consulta el día 26 de Febrero de 1903.

Un mes antes, y en el curso de una infección gripal bastante intensa, se presentaron repentinamente fenómenos dolorosos en el oído izquierdo acompañados de sordera; el dolor se irradiaba á la región mastoidea, á la nuca y á la mitad correspondiente de la cabeza.

Al tercero ó cuarto día apareció por el conducto auditivo un exudado sanguinolento primero y purulento más tarde, sin que cesasen por esto

ni un solo momento los dolores, antes por el contrario, aumentando cada vez más, hasta el punto de hacerse completamente intolerables, á pesar de las diferentes medicaciones empleadas. La supuración siguió siendo muy abundante, y en este estado se encontraba cuando vino á verme.

El enfermo, según me refiere, es diabético de larga fecha; ha estado sometido á la medicación alcalina, y ha hecho tratamiento en Mondariz, habiéndo encontrado alivio con el uso de estas aguas. El último análisis de sus orinas, practicado pocos días antes, daba 65 gramos de azúcar en las veinticuatro horas. Su estado general era, no obstante, satisfactorio: su enfermedad no le producía molestia alguna; su aspecto era el de un hombre robusto y fuerte, y dirigía con gran actividad, hasta que fué atacado por la gripe, un importante establecimiento industrial.

El conducto auditivo izquierdo se encontraba, cuando le reconocí, lleno de un pus sumamente espeso y viscoso, que no sin trabajo pude secar para explorar el tímpano; éste estaba rojo y abombado y con una perforación redonda y pequeña situada en el cuadrante póstero-superior. El conducto se hallaba estrechado por encontrarse caída su pared superior. La región mastoídea estaba edematosa y dolorosísima á la presión, tanto al nivel del antro como en la punta. La tumefacción se extendía á la parte superior del cuello, siendo también muy sensible la presión al nivel del esterno-mastoídeo, donde parecía notarse algo de fluctuación bastante profunda.

La exploración de la sensibilidad auditiva daba el siguiente resultado: reloj perceptible sólo al contacto; Weber lateralizado al lado izquierdo; percepción ósea corta, y el Rinne negativo. Oído derecho, normal.

Amplié en el acto la abertura timpánica, y prescribí lavados abundantes con la solución de fenosalil al 1 por 100, y un tratamiento interno alcalino.

Día 27 de Febrero.—La supuración ha sido muy abundante; los dolores intensísimos, á pesar del uso de una medicación calmante; el edema mastoídeo aumenta; fiebre intensa, algunos escalofríos, y se presentan fenómenos vertiginosos.

Día 28 de Febrero.—Operación: incisión retro-auricular clásica, prolongándola en el cuello al nivel del esterno-mastoídeo. Los tejidos blandos están infiltrados, el periostio grueso, y se nota la existencia de alguna cantidad de pus entre las inserciones del esterno-mastoídeo. Trepanación del antro, que se encuentra lleno de pus cremoso. Apófisis pneumática, y sus células, que se ponen al descubierto hasta la punta de la apófisis, también llenas de pus. Se desprenden las inserciones del esterno-mastoídeo, y se reseca la punta de la apófisis hasta la ranura digástrica, notándose perfectamente la existencia de un pequeño orificio fistuloso en la cara interna de la apófisis y cerca de la punta, correspondiendo á una célula bastante desarrollada.

Se desprende la porción membranosa del conducto y se reseca la pared externa del ático, y haciendo saltar la pared externa del conducto ático-mastoídeo, queda en amplia comunicación el antro y la caja. Legrado minucioso de la extensa cavidad resultante, cauterización con cloruro de zinc al 10 por 100, y cura en la forma usual.

La fiebre cedió rápidamente en los días sucesivos; no así los dolores, que reaparecían con gran intensidad cada vez que alguna pequeña cantidad de un exudado, más bien mucoso que purulento, pero sumamente viscoso y adherente, se detenía en la caja. Aparte de esta complicación, la cicatrización de la herida siguió una marcha regular, si bien más lenta que en condiciones ordinarias; la cavidad operatoria, á pesar de su extraordinaria extensión, fué disminuyendo paulatinamente, y en el mes de Mayo, en cuya época se encontraba ya bastante reducida, envié al enfermo á las aguas de Villaharta, de donde volvió el 8 de Junio en un estado de salud excelente, habiendo recobrado el apetito, que había perdido durante su enfermedad, y con su herida sin exudados y casi cicatrizada. El día 30 de Junio estaba completamente curado.

Es éste un caso más que añadir á la lista ya bastante numerosa de mastoiditis diabéticas, publicadas, entre otre otros, por Schwabach, Schnaebele, Eulenstein, Lannois, Melzi, Bar, Thomas, etc.

El oído medio y la apófisis mastoides, dice Bar (1), constituyen las localizaciones otíticas más frecuentes de la diabetes, y estas complicaciones revisten en los diabéticos, según el parecer de todos los autores, una gravedad excepcional por la tendencia á la necrosis rápida de los tejidos y á la producción, fácil por esta causa, de procesos cerebrales.

De aquí que nadie piense ya como Vernueil (2) y muchos de sus contemporáneos, que la diabetes constituye una contraindicación absoluta para las intervenciones quirúrgicas, y sólo se discute en la actualidad cuáles son las condiciones más favorables para intervenir en estos casos.

Resulta de los estudios de Naunyn y de Lannois que no es la mayor ó menor cantidad de azúcar en la orina, como pudiera suponerse, la que principalmente indica ó contraindica estas intervenciones, sino la cantidad mayor ó menor de amoníaco que existe en la misma. Tres gramos de amoníaco eliminados en las veinticuatro horas los considera Naunyn como una amenaza de intoxicación ácida; y si esta cantidad llega ó pasa de cuatro gramos, cree que el enfermo está fatalmente condenado á tener más pronto ó más tarde el coma diabético, y por lo tanto juzga inútil y peligrosa toda intervención, y mucho más si se tiene en cuenta que la anestesia por el cloroformo ó por el éter determina, según Friedrich, una glucosuria tóxica que acentúa la que ya existe. De aquí el precepto de acudir, siempre que sea posible, á un análisis de la orina antes de decidir una intervención en una mastoiditis diabética.

He aqui cómo resume Lannois (3) las indicaciones de la intervención: el diabético es relativamente joven, el azúcar en cantidad moderada, la acidez de los tejidos (acidosis de los alemanes) poco acentuada, la orina da poco ó no da reacción con el percloruro de hierro, y la mastoiditis ha evolucionado con cierta lentitud; en estos casos se opera, y el enfermo cura. Otro diabético tiene una mastoiditis muy aguda; su orina da una coloración roja intensa con el percloruro de hierro; la habitación que el enfermo ocupa huele fuertemente á acetona; tiene insomnio completo, rapidez de pulso y frecuencia respiratoria: en estos casos cree que vale más abstenerse de toda intervención, porque ésta no hace más que precipitar el desenlace fatal.

Haré observar por mi parte que, aunque encuentro acertadas estas indicaciones, no hay que concederles un valor absoluto, como lo prueba el caso que acabo de exponer, en el que, si bien la cantidad de amoníaco no llegaba á dos gramos en las veinticuatro horas, había, en cambio, evolucionado su mastoiditis con gran rapidez; tenía un insomnio completo y rebelde á todos los hipnóticos y que aún persistió muchos días después de la operación; su pulso era rápido y su respiración frecuente; se notaba perfectamente el olor de acetona que el análisis comprobó en la orina; en una palabra, presentaba muchos de los síntomas que Lannois considera como contraindicaciones para la intervención, y sin embargo las consecuencias de la misma no pudieron ser más favorables; debiendo, en cambio, tener muy en cuenta para nuestras decisiones en estos casos la gravedad extrema de las mastoiditis diabéticas abandonadas á sí mismas.—(Del *Boletín de Laringología, Otología y Rinología.*)

Tratamiento moral de los tuberculosos, por D. AGUSTÍN BASSOLS Y PRIM.—La terapéutica de los tuberculosos tiene también su lado moral, harto descuidado por los médicos en general, que persiguen la droga cu-

(1) Comunicación á la *Société Française de Laryngologie*, 1902.
(2) Comunicación sobre la oportunidad de la intervención quirúrgica en los diabéticos. *Societé de Chirurgie* de París, 1866.
(3) Comunicación al XIII Congreso Internacional de Medicina. París, 1900.

rativa, ó bien que, faltos de fe, abandonan al enfermo á los esfuerzos de la naturaleza, paliando esta pasividad con una medicación puramente sintomática y sin finalidad curativa. Créese, de ordinario, que el tratamiento moral sólo es susceptible de ser empleado en las enfermedades llamadas nerviosas, y aun en éstas, pocos lo practican con verdadero tesón.

Y, sin embargo, la experiencia de cada día, y mejor aún, la experiencia de nuestros días, demuestra la realidad de la bondad del tratamiento moral de los tuberculosos. Sólo que muchos no paran la atención en observarlo, ó bien lo toman muy de paso, bien así como se toman hoy de paso las ideas que requieren aplicación, paciencia y constancia, tan reñidas con el modo de ser de nuestros tiempos. Y como antes de pasar adelante conviene llevar al ánimo de los que acaso lean este trabajo algún argumento práctico que pueda convencer, voy á ello en primer término. En primer lugar, es un hecho, en tesis general, que el médico que no logra apoderarse de la voluntad de su enfermo, le curará más tarde y peor que otro en opuestas condiciones. Y esto tanto más, cuanto de índole más crónica sea la enfermedad que aquél sufra y cuanto mayores molestias le ocasione. Esta afirmación me parece que no necesita grandes pruebas, como que en ella se fundan los mejores éxitos de la medicina práctica. El Dr. Letamendi decía que el médico necesita saber tanto de patología como de *mundología*, y en nuestros tiempos quizás más. En segundo lugar, contrayéndome á la enfermedad de que trato, dos hechos, entre otros, me han llamado siempre la atención. Es el uno el de los éxitos que se obtienen en ciertos sanatorios, y la vida lánguida que arrastran otros; es el otro el de las estadísticas relativamente brillantes que presenta cada médico que *descubre* ó ensaya un remedio ó una medicación más ó menos nueva. Por lo que hace á los sanatorios, debo hacer notar que no son los mejor situados y los más bien montados los que presentan resultados más satisfactorios. El éxito de un sanatorio depende, en primer término, del médico que está al frente. Ejemplo al canto. El Dr. Sabourin estaba años atrás en la dirección del sanatorio del Vernet. Los que lo habían visitado entonces, saben sus deplorables condiciones. Y, sin embargo, en el sanatorio del Vernet se alcanzaban muchos éxitos, y los enfermos solicitaban con empeño su ingreso en el mismo. ¿Por qué? Por la sugestión que sobre ellos ejercía el Dr. Sabourin, sugestión seguida de resultados. Bien lo saben cuantos han visitado sanatorios: el número de enfermos no está en relación directa con las condiciones materiales de los mismos. Claro es que si éstas son muy buenas, el director ha de lograr mayores resultados; pero es innegable que una buena parte del éxito debe atribuirse á la fascinación que ejerce el médico; fascinación que, en último término, no es más que un hecho de medicación moral.

Y vamos al segundo punto. A los que prestan toda su atención á cuanto se hace y se escribe sobre la terrible enfermedad que me ocupa, ha debido, casi diré sorprenderles, la confianza de que parece revestido cada profesor—y los hay eminentes—que ensaya un nuevo medicamento ó una nueva inyección; las estadísticas hechas por cada uno de ellos se parecen como una gota de agua á otra gota de agua: no son definitivas, no son inmejorables, pero sí son animosas y llenas de fe.

Aun dejando buena parte al mercantilismo y al negocio (que hoy juega por desgracia un papel más importante de lo que cree el vulgo), es indudable que hay en ello mucho de real y positivo, con la particularidad notable de que al difundirse aquellas medicaciones, puestas en manos indotadas de la confianza del primero, los éxitos van reduciéndose y entran á formar parte del arsenal antituberculoso sin la aureola que les había prestado el primer nombre. A menos de suponer mala fe en todos los observadores, el fenómeno es inexplicable por las leyes de la terapéutica usual. Hay que hacer entrar en juego otro factor. Y éste para mí es la medicación moral, que empieza por autosugestionar al médico, quien una vez sugestionado, impone, quizás sin pensarlo, la fe que le anima al tuberculoso. En resumen, un sencillo hecho del tratamiento moral.

De las consideraciones expuestas se deducen consecuencias importantes, que reducidas á términos concretos, significan que el médico que trate tuberculosos necesita poseer las tres virtudes teologales: fe en el tratamiento, esperanza en la curación y caridad traducida por cariño y paciencia.

El médico que no tenga fe en el tratamiento debería dejar de tratar tuberculosos, bien así como el médico que no tuviese fe en la terapéutica no cumpliría como bueno si continuase visitando enfermos. Y lo mismo puede decirse de la esperanza, que en este caso deriva de la fe. Porque hay que tener en cuenta que esta fe y esta esperanza no deben quedar encerradas en el interior del médico, sino que, como hecho primero y primordial del tratamiento moral de los tuberculosos, esta fe y esta esperanza deben saber infiltrarse en el ánimo del enfermo.

Lo primero que conviene preguntar es si es más conveniente la reserva que se guarda entre nosotros respecto al enfermo, ó bien si, como sucede en otros puntos, es más acertado hablarle claramente, aunque en forma adecuada, del carácter y nombre de su enfermedad. A primera vista parece que no hay cuestión: decirle á un enfermo que es tuberculoso, parece ser un colmo. Examinando bien el asunto, y, sobre todo, viendo muchos tísicos, la resolución no resulta tan sencilla. Conviene tener en cuenta que el médico tiene mucha mayor autoridad sobre el enfermo cuando éste sabe que padece una enfermedad grave; esto hace que el médico pueda prescindir de los circunloquios á que le obliga la reserva que solemos emplear nosotros, y que el enfermo traduce, en último término, por indecisión del facultativo. Y nada conviene tanto á los tuberculosos como el verse amparados por una autoridad médica que tiene fe y que no vacila. Véase lo que ocurre con los enfermos tratados en sanatorios extranjeros, donde no se les ha ocultado su mal, y de los cuales he visto muchos. Como están enterados de su estado, la claridad — no exenta de tacto y consideración—con que se les puede hablar, y la lógica con que se derivan las prescripciones higiénicas ó terapéuticas del estado de su dolencia, logran de parte del enfermo, no sólo la obediencia á las indicaciones que le hace el médico, sino lo que es mucho mejor, su cooperación consciente y convencida.

Esta manera de obrar tiene positivas ventajas. Casi es inútil añadir que cuando el médico se crea autorizado para hablar así, debe hacerlo con todas las precauciones y cuidados convenientes. En ningún caso es excusable la brutalidad, pero es peor siempre en boca del médico.

A pesar de estas positivas ventajas, confieso que creo preferible entre nosotros que el enfermo ignore el nombre de su enfermedad, lo cual, en sí, es tanto más fácil, cuanto, como es sabido perfectamente, aun del vulgo, el tísico, por regla general, no cree serlo. La razón por la que creo preferible esta reserva, es sencilla: entre nosotros, la palabra *tisis* viene enlazada aun con la palabra *muerte*. En el común pensar del vulgo aún no ha penetrado la idea de la curabilidad de la tisis, á pesar de que la Medicina lo demuestra claramente. Así es que hasta que esta noción haya encarnado en el público, nos veremos privados de esta arma poderosa de la medicación moral de los tuberculosos. Pero ya que no podemos hablar con claridad á los enfermos, podemos, sí, exponer claramente la verdad á sus asistentes, si previamente les hemos inculcado la confianza en la posible curación. No hay que olvidar que éstos deben ser los más asiduos colaboradores de un buen tratamiento moral, y que el médico que desee de veras el bien y la salud del enfermo á quien asiste, debe preocuparse de ver cómo le secundan los allegados del mismo.

La medicación moral de los tuberculosos gira sobre dos puntos: el uno, apuntado ya, consiste en que tenga fe en el tratamiento y esperanza en la curación. Como legítima consecuencia de esta condición, el médico tiene necesidad de infiltrar esta fe y esta esperanza al enfermo y á sus allegados; ésta es una base firme del tratamiento moral de los tuberculosos. Y es evidente que si el médico carece de esta convicción, no podrá

infiltrarla en el ánimo de los demás: no se hace bien lo que no se cree firmemente.

El otro punto sobre que gira el tratamiento moral de los tuberculosos consiste en saber despertar en ellos la energía de la voluntad. No he de exponer aquí lo mucho que se ha dicho y escrito sobre el poder de la voluntad. Sólo he de afirmar aquí, porque mi experiencia personal me lo acredita, que el tuberculoso es, por regla general, el enfermo más susceptible de responder á las excitaciones volitivas provocadas. El tuberculoso tiene deseos de curar, tiene confianza en el porvenir y tiene fe en las medicaciones, al contrario de lo que ocurre en otras dolencias, las nerviosas, por ejemplo, en que el enfermo ve negro siempre lo venidero y no fía en lo presente. Si el médico tiene convicciones, si el médico quiere de veras, el tuberculoso quiere también y ayuda poderosamente al facultativo.

Así, por ejemplo, en los tuberculosos es común la anorexia. Contra este síntoma, en verdad el peor que ofrecen los tuberculosos, se usan gran número de medicamentos. No he de mencionarlos aquí. Sólo, sí, he de decir que no se olvide la posibilidad de despertar en los tuberculosos el poder volitivo suficiente para dominarle. Ensáyenlo los médicos de corazón, y no creo que en bastantes casos dejen de encontrar buen resultado. Ejemplo práctico: Años atrás visitaba yo á un joven tuberculoso de unos diez y seis años. La edad temprana y ciertas condiciones poco agradables, entre ellas una madrastra más atenta á la vanidad que al cuidado de su familia, tenían al enfermo sin fuerzas volitivas, y mis palabras para que se esforzase en comer resultaban sermón perdido. Pasó tiempo, empeorando, aunque lentamente; y al llegar á los diez y ocho años, el enfermo, como si abriese de pronto los ojos, se enamoró del placer de la vida; quiso vivir, y como estaba harto convencido de la necesidad de la alimentación, comenzó una lucha tenaz y heroica, que dió resultados verdaderamente notables. La enfermedad se detuvo, retrocedió poco á poco; y había ya llegado el enfermo á los veintiocho años, estableciendo un *modus vivendi* bien pasable, cuando una pulmonía, pero una pulmonía clásica y extensa, acabó con su vida.

Otro de los hechos dominables por los esfuerzos de la voluntad bien dirigida es la tos. Sabido es cuánto atormenta á los tuberculosos, y ningún médico ignora tampoco cómo los golpes de tos pueden influir por simple fenómeno mecánico en el desarrollo de complicaciones enfisematosas de hechos bronquiectásicos ó de dilatación bronquial. Ahora bien: cuantos están enterados de la vida que se hace en algunos sanatorios recordarán que lo que sorprende es ver á tanto número de tuberculosos juntos y no oir el incesante martilleo de la tos. ¿Es por efecto del plan curativo, de los calmantes ó de los opiados por lo que se obtiene esta disminución de la tos? No. Sin dejar de tener su parte en el fenómeno, se sabe perfectamente que dicho éxito se logra por imposición de la voluntad y de los medios de que ella dispone. Se enseña al enfermo que debe toser dulcemente y que no debe toser sino cuando esté á punto de salir la expectoración; luego se le convence de la necesidad de hacerlo, y, por último, se le impone como obligación. «En esta casa no se oye toser de esta manera. Yo no permito que tosa usted». Así habla Turban á los que viven en su sanatorio.

Enséñese, pues, al tuberculoso el modo, forma y veces que debe toser, y se habrá logrado evitarle molestias y complicaciones.

Como estos síntomas, son también susceptibles de medicación sugestiva en los tuberculosos muchas molestias que sufren, y que no puedo detallar aquí. Digamos aún algo más de carácter general; al médico corresponde su aplicación al detalle.

El tuberculoso está, por regla general, confiado en el porvenir; pero como por otra parte no escasean las molestias que sufre, por ambas razones juntas es sujeto muy apto para la explotación comercial, que en nuestros tiempos ha tomado tanto vuelo, y al que contribuyen, fuerza es decir-

lo, muchos médicos y farmacéuticos, consciente ó inconscientemente. La sección de anuncios de los periódicos es el lugar obligado donde los tuberculosos y sus allegados van á buscar nuevos remedios para curar la tos, la sofocación, la anorexia y los múltiples síntomas que le molestan. Obra será, por tanto, de medicación moral, hacer entender lo que valen estos anuncios y oponerse con todos los medios que le preste al médico su autoridad moral para impedir esta explotación inicua que se verifica á la luz del día y quizás sin sentir remordimientos. ¡Tal parece de natural y acostumbrada!

Obra es también de medicación moral, aunque mejor diríamos de educación, la de enseñar y hacer comprender cómo deben ser usados los dos grandes factores del tratamiento higioterapéutico de la tuberculosis—el aire y el reposo,—que con la alimentación constituyên la tríada higiénica de esta enfermedad.

Conviene prescribir al tuberculoso el reposo y la medicación al aire libre. Esto sabe hacerlo cualquiera; esto se encuentra en cualquier libro. Pero lo que entra en el deber del médico, lo que constituye un hecho de medicación moral, es el de hacer entender al tuberculoso y á sus allegados, á aquél con las debidas precauciones, á éstos con la necesaria claridad, el cómo y el cuánto de entrambos medios. Lo que constituye un hecho de medicación moral es el de enterarse personalmente de cómo se practican estos medios y el de encauzarlos convenientemente, usando para ello de la convicción y en último término de la autoridad.

Téngase siempre en cuenta que la tuberculosis es una enfermedad larga, durante la cual se ofrecen variedad de síntomas, y sobre todo, para la cuestión en que me ocupo, variedad de situaciones de ánimo. Ora encontramos al tuberculoso animado, decidido y creyéndose en camino de una franca curación; ora le vemos triste, aburrido, desconfiado *en la medicación emprendida*; ora parece resuelto á hacer cuanto de él se exige, por penoso que sea; ora con tendencias á la rebelión y al desplante; ya quejándose con acento lastimero, ya negando valor á los mismos síntomas que más le atormentan. Y lo más peregrino es que en esta veleidad de carácter suelen acompañarle los que le cuidan, y en muchos casos ellos son los que le empujan por el camino de la inconstancia y el desorden, factores los más apropiados para que su enfermedad termine fatalmente.

El médico que sepa y quiera tratar bien á un tuberculoso debe tener en cuenta estas veleidades y mantener con mano firme el timón del tratamiento moral. Que no se deje arrastrar por el contagio de lo que observa en el tuberculoso y en sus allegados. Que sepa dominar los desplantes en uno y otro sentido. Que no aparezca tan optimista ante el enfermo, que de sus palabras deduzca el tuberculoso que también curará aunque afloje en el plan que se le haya propuesto: entonces cualquiera contrariedad será motivo para que dude de todo cuanto le haya dicho el médico. Que no sea tampoco demasiado pesimista ante los allegados; en este caso éstos estarán muy tentados: ó á despreciar los medios puestos en práctica, ó bien á buscar médico curandero ó anuncio que sea más indulgente.

De todos modos, y en caso de pecar por carta de más ó por carta de menos, que sea por carta de más: de más optimista, respecto al enfermo; de más pesimista, respecto á sus allegados.—(De la *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona*.)

Juicio crítico de varios métodos para valorar el ácido úrico, por el Dr. Alejandro Uribe, *Jefe de la Sección de Química del Instituto Patológico de México*.—Describiré superficialmente los procedimientos más comunes para determinar el ácido úrico; indicaré las diversas objeciones que se le han señalado á cada uno de ellos, y terminaré proponiendo un método para valorar el mismo ureido, y que, en mi concepto, presenta menos causas de error.

HERMANN HAYERAFT.—El nitrato de plata amoniacal y la solución amoníaco-magnesiana precipitan el ácido úrico.

De la cantidad de plata contenida en el precipitado se deduce la del ácido úrico.

Reactivos necesarios:

Se disuelve el nitrato de plata en el agua destilada; se agrega amoníaco, hasta disolver el precipitado, y se diluye la solución con agua para formar un litro.

Mezcla magnesiana:

Licor de sulfocianuro de potasio.

Alumbre de fierro.

Acido nítrico puro.

50 c. c. de orina se mezclan con la plata amoniacal y magnesiana. Filtrar y lavar el precipitado hasta que no haya ni plata ni cloro. Disolver el compuesto argéntico y titularlo con el sulfocianuro.

Práctica de resultados comparables; pero no se dosifica sólo el ácido úrico, sino también los cuerpos xánticos. (Deroide.)

Denigès se sirve de una solución titulada de plata amoniacal. En el licor filtrado se determina el exceso de plata, utilizando el cianuro de potasio y el ioduro de la misma base, como testigo.

Aunque rápida y exacta la operación, tiene el mismo inconveniente que la descrita anteriormente. (Engel y Moitessier.)

SALKOWSKI LUDWIG.—Precipitan el ácido úrico con el nitrato de plata amoniacal y una sal de magnesio.

Los sulfhidratos descomponen el urato formado.

El ácido clorhídrico pone en libertad el ácido úrico; se le seca y se pesa.

Licores indispensables:

Nitrato de plata amoniacal.

Solución amoníaco-magnesiana.

Sulfhidrato alcalino.

A 100 c. c. de orina se agregan 20 c. c. de la solución amoniacal de plata y magnesio; pasado algún tiempo, se recoge el precipitado; se lava con agua amoniacal; se hace hervir con el sulfhidrato alcalino diluído; se lava con agua hirviendo.

Los licores acidulados con ácido clorhídrico se concentran en baño-maría y se abandonan veinticuatro horas; se recoge el cuerpo cristalizado; se lava con éter y sulfuro de carbono; se seca y se pesa, añadiendo al peso encontrado dos centigramos de corrección.

Proceder tardío, laborioso, y aun así necesita, para que sus resultados sean comparables, de un factor constante. (A. Uribe.)

Denigès agrega nitrato de plata á la orina previamente adicionada de la mixtura amoníaco-magnesiana; descompone el precipitado argéntico, y aprecia volumétricamente el ácido úrico.

El cuerpo ácido, después de lavarlo con agua acidulada con el ácido sulfúrico, se coloca en una cápsula; se disuelve en lejía de sosa; se diluye la solución en agua acidulada con ácido sulfúrico; se agrega un licor vigesinormal de permanganato de potasio, hasta que el líquido conserve una coloración rosada persistente; la cantidad empleada de reactivo se multiplica por 0,00376; el producto, más los 0,0025 de corrección, dan el valor del ácido úrico.

La modificación del eminente práctico Denigès no ha simplificado el problema: lo ha hecho más largo y más sujeto á errores. (A. Uribe.)

Hopkins, químico americano, utilizó el carácter que tienen muchas sales, y con especialidad el cloruro de amonio, de precipitar, por un fenómeno puramente físico, el ácido úrico, de la misma manera que se aisla el sulfato de cobre de su solución acuosa por el alcohol etílico; las resinas se precipitan de los licores alcohólicos por un tratamiento acuoso; el alcohol etílico se desaloja de una disolución acuosa por el carbonato de potasio neutro, etc., etc.

100 gramos de clorhidrato de amoníaco se mezclan con 100 c. c. de orina; después de algunas horas de reposo, se pone el precipitado sobre un filtro y se lava con una solución saturada de clorhidrato de amoníaco.

El precipitado úrico se disuelve en agua hirviendo; el licor acuoso se mezcla con ácido clorhídrico; se concentra el líquido hasta que haya 10 c. c.; el ácido cristalizado se recoge sobre un filtro, se pesa, y al número encontrado se le agrega el factor respectivo.

Cazé, al estudiar la precipitación del ácido úrico por diversas sustancias, dió la preferencia á la sal amoníaco.

El cuerpo separado por el compuesto amónico se lava, y en vez de valorar su peso, se aisla del filtro y se procede á su titulación volumétrica, según los consejos de Hopkins, Denigès, Garnier, Cazé, etc.

El licor que se emplea para el objeto indicado es una solución decinormal de permanganato de potasio.

El número de centímetros cúbicos consumidos, multiplicado por 0,0074, da la cantidad de ácido úrico contenido en 100 c. c. de orina.

«Este ingenioso método de valoración del ácido úrico no está completamente libre del reproche que se le hace al de Hayeraft Deroide, que es el de valorar otros cuerpos, además del ácido úrico».

«Con respecto al manual operatorio, el procedimiento de Hopkins, aun perfeccionado por Cazé, no es ni más rápido ni más fácil de ejecutar que el de Hayeraft; como este último, necesita la filtración á la trompa, y además la oxidación por el permanganato; fenómeno que debe hacerse en bañomaría, á una temperatura de 50°, poco más ó menos; operación que estámuy lejos de simplificar la técnica». (C. Vieillard.)

El método gravimétrico clásico de Heintz se funda sobre la poca solubilidad del ácido úrico, y en la descomposición de los uratos por el ácido clorhídrico.

Este procedimiento necesita de un coeficiente de corrección, que es: para cada 100 c. c. de líquido, 0,0045, según Zabelin; y de 0,0048, en la opinión de Schwanert.

Los autores franceses adoptan el número de Zabelin, pero Deroide ha notado que esa adición no suprime el error.

Además, tiene la desventaja de ser muy largo, de hacer la precipitación incompleta, y algunas veces de no aislar ni huellas de ácido úrico.

300 c. c. de orina se reducen á 100 c. c. por evaporación; se agregan 3 c. c. de ácido clorhídrico, y se abandona la mezcla veinticuatro horas á la temperatura de 15°; el ácido se precipita; se recoge el cuerpo insoluble sobre un filtro; se lava con agua y alcohol; se seca el precipitado y se pesa; al número encontrado se le agrega el factor común.

Magnier se sirve del hipobromito de sodio para determinar cuantitativamente el ácido úrico. Proceder abandonado.

Fokker alcaliniza la orina con carbonato de sodio; filtra para separar los fosfatos terrosos; agrega una solución saturada de cloruro de amonio al filtrado; deja reposar la mezcla por algunas horas; recoge el precipitado sobre un filtro; descompone el urato formado por el ácido clorhídrico diluído al décimo; lava, pesa y adiciona al valor encontrado 14 miligramos de corrección. El mismo autor señala que su método no está exento de errores, pero que, sin embargo, da resultados comparables.

Procedimiento también inexacto es el siguiente: La orina se evapora hasta la sequedad en bañomaría; el residuo se lava con alcohol para quitar la urea y la creatinina; en seguida se diluye con agua alcalinizada; en el licor se determina el ázoe con el hipobromito; 246 c. c. de nitrógeno corresponden á un gramo de ácido úrico. (A. Gautier.)

Denigès determina de un modo indirecto y volumétricamente el ácido úrico. Para realizar su propósito se sirve de los reactivos siguientes:

Solución de carbonato de sodio anhidro.

Solución de hiposulfito de sodio cristalizado.

Solución de sulfato de cobre cristalizado.

100 c. c. de orina se alcalinizan con carbonato de sodio; se filtran para eliminar los fosfatos alcalino-terrosos.

Al filtrado se le agrega una mezcla de los reactivos segundo y tercero.

Al cabo de diez minutos de contacto, se decanta y filtra el líquido, y se asegura el operador de que el licor ya no precipita por el hiposulfito de cobre.

Como esta manipulación es la base para determinar el ácido úrico, me voy á permitir hacerle algunas objeciones fundamentales, que demuestran la inexactitud del procedimiento.

Según mis experiencias, el precipitado que produce la sal cuprosa en la orina, previamente alcalinizada con el carbonato de sodio, no es un fiel indicador de la présencia del ácido úrico; y me apoyo en las observaciones siguientes:

10 c. c. de orina límpida y privada de los fosfatos terrosos, conforme á la técnica ya descrita, se adicionó de 1 c. c. del reactivo cuproso, cantidad insuficiente para precipitar todo el ácido úrico; filtrada la mezcla en tiempo oportuno, en el licor filtrado, enteramente diáfano, se reveló el cobre por los reactivos comunes, y el ácido úrico por sus propiedades especiales.

Para llegar á estas aserciones fué necesario hacer diversos experimentos, todos convergiendo á la demostración de los cuerpos mencionados. Los pormenores de los varios ensayos practicados no se mencionan por no hacer cansado y difuso el presente estudio; me basta señalar las conclusiones formuladas para demostrar lo defectuoso del método.

Asentado el hecho anterior, seguiremos el manual operatorio del señor Denigès. El precipitado, en donde afirma que existe todo el ácido úrico, se lava; se disuelve en una mezcla de ácido clorhídrico, de hipobromito de sodio y de agua de bromo; diluye el licor con agua y hace una valoración cianimétrica del cobre.

Los centímetros cúbicos de cianuro empleados, menos una constante, expresan, según el mismo autor mencionado, los centigramos de ácido úrico.

Desde el momento que he demostrado, por reacciones evidentes, que el cuerpo insoluble cuproso no contiene todo el ácido úrico que existe en la orina, la valoración cúprica será exacta, y su interpretación falsa.

Vieillard, por su parte, disuelve ácido úrico en lejía de sosa, y hace cinco valoraciones por medio del reactivo cuproso; tres experiencias corresponden á la teoría y dos marcan un exceso de ureido.

Repite en orinas de diversa naturaleza, por el mismo mecanismo, cuatro análisis cuantitativos; y encuentra, por el método de Denigès, con excepción de una, cantidades superiores á las obtenidas por el procedimiento de Salkowski Ludwig, que sirvió de comparación.

Denigès y Vieillard no comprueban sus experimentos por un medio colateral, como lo he hecho en mis diversas observaciones; y si los resultados en algunas de sus experiencias son matemáticos, es porque debe existir en cierta operación un error que compensa la pérdida del ácido úrico en los licores ensayados.

Arthaud y Butte separan de la orina los fosfatos terrosos por el carbonato de sodio, y precipitan el ácido úrico por el reactivo siguiente: sulfato de cobre, 1,484; hiposulfito de sodio, 20; sal de Seignette, 40; y agua, la necesaria fara formar un litro; 1 c. c. precipita un miligramo del cuerpo azoado.

A 20 c. c. de orina se agregan 5 c. c. de carbonato de sodio al décimo; se filtran y se recogen 12,5 c. c. de la mezcla, se vierte con una bureta el reactivo cuproso y se continúa la operación como en la primera parte del método de Denigès.

Como no hay armonía entre la cantidad del reactivo precipitante y el cuerpo por dosificar, según las pruebas indirectas que obtuve en los diversos experimentos que hice, y que someramente he descrito al hablar

del procedimiento de Denigès, me considero, por estas razones, bastante autorizado para desechar como inexacto este proceder.

Método que propongo, y que me ha dado resultados satisfactorios, es el siguiente:

Teoría.—Insolubilidad del urato de cobre.

Reactivos indispensables:

Solución de carbonato de potasio neutro al décimo.

Licor cuproso que exprese por centímetros cúbicos un miligramo del diureido.

Solución de ferricianuro de potasio.

Práctica.—30 c. c. de orina se dividen en tres partes iguales; en cada una de ellas se agregan 4 c. c. de la solución de carbonato; en seguida, en la primera porción se vierte un centímetro cúbico del reactivo cuproso, uno y medio centímetros cúbicos en la segunda, y dos centímetros cúbicos en la tercera; se dejan reposar las mezclas algunos minutos, se filtran, se recogen de cada licor dos centímetros cúbicos del líquido transparente, se acidifican con ácido acético, se ensayan los filtrados aisladamente con el ferricianuro. Si el primero y el segundo no dan señales de cobre y el tercero sí, se repite una cuarta ó quinta observación, hasta encontrar el límite del reactivo precipitante, como se hace con toda operación volumétrica.

Los números señalados en la técnica sólo han servido para indicar el manual operatorio del procedimiento.

Los demás cálculos se hacen de acuerdo con las fórmulas ya establecidas.

En resumen: cinco manipulaciones sencillas, realizables en poco tiempo, se necesitan para valorar el ácido úrico tan exactamente como con el método científico.—(Del *Boletín del Instituto Patológico*, de México.)

Nota acerca de los métodos de coloración de los leucocitos, los hematozoarios y tripanosomas, por el Dr. José P. Gayon, *Ayudante de la Sección de Bacteriología del Instituto Patológico de México.*—Habiendo leído en un folleto publicado por el Laboratorio de Higiene de los Estados Unidos de América, que durante el año próximo pasado hubo un gran número de muertos entre los caballos y mulas del ejército que opera en Filipinas, por el tripanosoma de Evansi, que aun pudieron observarse algunos casos de este mismo padecimiento en el hombre, he creído oportuno investigar si esta clase de parásitos son comunes en nuestras ratas, ya que las circunstancias me han colocado en condiciones de poder hacer esta investigación.

Pero como para lograrlo es preciso emplear los métodos especiales de coloración que se usan, ya para el estudio de los leucocitos, ya de los hematozoarios, mi primer cuidado ha sido preparar los líquidos colorantes más recomendados. Y aquí empieza mi vacilación, porque la mayor parte de los autores que he consultado acerca de este asunto, están casi contestes en afirmar que el famoso triácido de Ehrlich, el líquido de Ehrlich-Biondi-Heindenhain, etc., son muy difíciles de preparar, y necesitan multitud de precauciones para obtenerlos buenos. Esta confesión, unida al hecho de encontrarse recomendadas una multitud de fórmulas, deja comprender desde luego que todos los métodos hasta hoy usados para hacer esta clase de investigaciones dejan mucho que desear; pues si algunos de ellos diesen siempre resultados perfectos, el ingenio de los trabajadores se emplearía en otros asuntos que más lo merecieran.

A fin, pues, de elegir el mejor, he preparado los líquidos siguientes:

Líquido acidófilo de Ehrlich, cuya fórmula es: aurancia, eosina é indulina, de cada cosa, 2 gramos; glicerina, 30 gramos.

Método de Romanowsky, modificado por Wright.—El líquido colorante se prepara añadiendo á una solución de bicarbonato de sosa al medio por

ciento, un gramo de azul de metileno por 100 de solución, y se hace hervir durante una hora. Se deja enfriar y se agrega eosina, hasta que el color azul se cambie en púrpura de reflejo metálico, y un precipitado negruzco queda en suspensión. Se filtra, y el precipitado que queda en el filtro se seca y se disuelve en alcohol metílico.

Para usar este líquido, Wright aconseja que, después de extendida y fijada la preparación, se haga obrar el color durante un minuto. En seguida, sin tirar el líquido colorante, se va agregando agua, gota por gota, hasta que la mezcla se hace translúcida y una espuma amarilla metálica se forma en su superficie.

Se lava, se seca y se monta como es costumbre.

Método de Goldhorn.—Este autor fija las preparaciones haciendo obrar el alcohol metílico durante quince segundos; lava en seguida con agua destilada, y hace obrar una solución acuosa de eosina al 1 por 100, durante treinta segundos; en seguida emplea el azul policromo de Goldhorn, que se prepara como sigue:

Dos gramos de azul de metileno y cuatro de carbonato de litio se disuelven en 300 gramos de agua caliente, y se hace hervir este líquido quince minutos. Se deja enfriar y se abandona por varios días. Se agregan después cuatro ó cinco gramos de una solución de ácido acético.

Método de Jenner.—Partes iguales de soluciones acuosas, de azul de metileno y de eosina, se mezclan y dejan en reposo durante veinticuatro horas. Después se filtra, y el precipitado que queda se lava en el agua, se seca y se disuelve en alcohol metílico.

Siguiendo el consejo del Dr. Mesa Gutiérrez, quien emplea una variante del procedimiento anterior, se disuelve un gramo de eosina y uno de azul de metileno en 100 gramos de alcohol metílico; se deja reposar y se usa sin filtrarse.

Con estos líquidos he emprendido mis investigaciones, sintiendo mucho no haber podido conseguir el azul de Unna, que se recomienda tanto para esta clase de estudios. Pero con excepción del método de Goldhorn, que he seguido estrictamente sujetándome á la técnica del autor, siempre he fijado las preparaciones con una solución de formalina, que es la práctica, según entiendo, del ilustrado director de este Instituto.

Los resultados hasta hoy obtenidos me hacen considerar como superiores los métodos de Goldhorn y del Dr. Mesa.—(Del *Boletín del Instituto Patológico*, de Méjico.)

La función social del talento en la ciencia y en la historia, por el Dr. Jenaro Abasolo (de Chile) (1). — Ante todo debe establecerse el principio de que es imposible ser un buen observador sin capacidad creadora; y que, á su vez, no se puede ser creador sin tener capacidad de observación.

En efecto: ¿cómo observar bien, si no sabemos qué cosa es digna de observación y cuál es el grado de atención que merece cada cosa? ¿Y cómo saber esto, si no se sabe cuál es el principio que da importancia á las cosas? Ahora bien: este principio no es objeto de observación externa, y se concibe de un modo muy deficiente cuando sólo se conoce de oídas, noticias verbales ó escritas, y no por la voz interior de un alma superior y creadora.

Y por otra parte, ¿cómo crear fecunda y racionalmente si no conocemos la materia sobre la cual va á recaer el fruto de nuestra creación, si no conocemos por observación la noción general de la misma materia, sus leyes y el desarrollo de que puede ser susceptible?

Pero en los unos (observadores) predomina el espíritu de examen y

---

(1) Jenaro Abasolo nació en Santiago de Chile en 1883, y falleció en 1884. La amabilidad de su hija, Flora Abasolo, nos permite dar á conocer estas páginas póstumas, que forman parte de un libro inédito.

de crítica; la facultad creadora existe más bien en estado de aspiración, al menos en su origen, y es menester desarrollarla y enriquecerla tenazmente, porque de otro modo el talento se anula. Y en los otros (creadores) el espíritu de crítica y de examen es más bien instintivo, no se eleva á la perseverancia, y está dominado por la impaciencia creadora; es menester, pues, someterlo á la disciplina de la constancia en la investigación y en la observación. De otro modo se esteriliza.

Buscar cierto equilibrio de estas dos facultades: he ahí la necesidad de cada talento, aunque este equilibrio no sea igualación, sino el complemento de una facultad por la otra.

El talento del observador, descriptivo ó crítico, no puede descubrir ni criticar bien sin tener un modelo interior de lo que debe ser mejor. La crítica que no hace más que negar es nula, esterilizante, destructora; puede ser útil en ciertos casos singulares, pero la verdadera crítica, lo mismo que el buen juicio, no puede existir sin la noción de lo que debe ser, de algo mejor y práctico, á fin de que de su comparación con lo que es resulte el juicio evidente; ó bien debe conocer lo peor que no existe, para que de su comparación con lo que es resulte la sanción de lo que es bueno en la realidad. Lo mismo el hombre observador debe tener en vista una idea de unidad, de fin y de perfección, para observar ó describir bien. Y á su vez, el talento creador, innovador ó reformista, no podrá ejercerse objetivamente si no conoce á fondo los elementos naturales y sociales sobre los cuales va á obrar.

El talento creador sin facultad de observación es el charlatán, el fanático ordinario, el demagogo inadaptable al medio.

El talento observador, destituído de la facultad creadora, es el conservador, el aristócrata de fortuna, el adorador del pasado, el fatuo de las Academias; si ellos quisieran innovar, sería solamente con el objeto de crear una nueva sociedad momificada, donde fuese absolutamente imposible toda innovación. Al paso que el deseo del talento creador es hallar una nueva sociedad, de tal modo organizada, que todas las innovaciones fuesen muy fáciles en ella.

El buen término medio de estos dos extremos sólo puede ser hallado por el talento verdadero que une la potencia creadora á la capacidad de observación; aunque sea muy cierto que mientras más progresan las sociedades, más se prestan á las fáciles y regulares innovaciones.

Los talentos puramente conservadores son, pues, estériles. Sólo pueden recoger y ordenar los hechos de la ciencia adquirida, ó los hechos sociales según un orden externo y aparente. Son planchas fotográficas; sus almas, aunque puedan estar animadas del fuego fatuo de la vanidad, carecen del fuego sagrado; están despojadas de esa santa aspiración á lo bueno y desconocido, á lo mejor y más lejano que siempre invita á los elegidos más allá de la actualidad. El talento conservador sólo percibe la actualidad gráfica de las cosas, un momento infinitesimal de la realidad; al paso que el verdadero talento ve las cosas, ó trata de verlas, en su ley de desenvolvimiento progresivo é infinito. El principio de que el bien y la belleza son la actividad y la aspiración hacia lo mejor, le sirve de motor secreto. Aunque el talento meramente conservador conciba el progreso, porque tiene necesariamente que concebirlo, sólo lo concibe en su forma plástica y patente, deteniéndose arbitrariamente en ciertos límites siempre que puede; como se concibe, por ejemplo, una especie particular de primates perfeccionándose y produciendo la especie humana, ó como se concibe la sociedad humana yendo á parar á una sociedad de autómatas sabios, gobernada por académicos: concepción puramente mecánica, para la cual casi no se necesita ninguna energía creadora, pues para ello basta hacer un agregado cronológico de los hechos observados. Pero sería en vano que pretendiéseis hacer salir de esos límites á este talento: no irá ni más atrás ni más adelante; se reirá de vosotros si le habláis de una sociedad más libre y más espontánea, ó bien de una inmortalidad futura, ó si le preguntáis cuáles fueron las primeras formas orgánicas de donde salie-

ron los primates, dándoos razones que enaltecen su poltronería y defraudan vuestras pretensiones.

No nos detendremos á señalar los caracteres del talento puramente creador, sin capacidad de observación, porque son muy conocidos: carece de instrucción y de mesura, y esto lo señala á la crítica de todos. ¿Quién no conoce al charlatán de nuestras sociedades ó al caudillo de las turbas? Aquí no está el verdadero peligro. Es el talento conservador el que debemos temer, por cuanto se presenta á menudo con exterioridades seductoras y ataviado con los dones de la ciencia.

Respecto de la diferencia absoluta que existe entre el modo de aplicación del talento verdadero y del talento meramente conservador al estudio de la ciencia, tal vez nunca más que ahora serían justas y oportunas las recriminaciones de Shelling á las Academias y al espíritu que en ellas predomina; pero nos ceñiremos aquí á citar este excelente consejo: «Todas las reglas que se pueden prescribir para estudiar se resumen en una sola». Dice este autor: «aprende solamente para producir tú mismo».

El talento simplemente conservador (que es del temperamento propio del burgués) es imposible que se eleve á la producción, porque para ello es necesario poseer el culto de lo mejor, el ansia de lo infinito y cierto descontento de la actualidad, unido, naturalmente, á un espíritu de reforma. Según Shelling, el talento meramente conservador sólo está llamado á producir lo que él llama «momias espirituales».

Suponed que un espíritu semejante se ponga á estudiar la Historia; es claro que en vez de Historia sólo hará un agregado cronológico de los hechos más ruidosos, buscando solamente el encadenamiento externo de los sucesos. Porque careciendo de la aspiración á lo mejor, del descontento del presente, del apetito de lo bueno, de la generosidad, carecerá de ese criterio que le señala lo malo de las obras humanas que se consuman, enfrente del contenido inmenso de las obras buenas que quedaron sin desarrollarse, como simple aspiración. En una palabra, carece del modelo del bien: porque no lo lleva en sí mismo, ni como humanidad ni como idea. ¿Qué hará en las ciencias físicas y fisiológicas un espíritu semejante? Mirar con una sonrisa burlona al individuo que le habla de concepciones trascendentales de la Naturaleza y del hombre, y encerrarse en la nomenclatura de las especies y de las familias, de los ácidos, de las bases y de las sales, calificando de charlatán al que pretende formar teorías más trascendentales sobre la química ó sobre la física, sin conocer minuciosamente todas las manifestaciones químicas ó todos los experimentos físicos, olvidándose de que los talentos más elevados y fecundos en materia de ideas generalizadoras son, precisamente, los que menos pueden circunscribir su actividad á los detalles innumerables de una sola ciencia particular. Un talento como éste será, pues, incapaz de elevarse á la ciencia absoluta, es decir, á la ciencia en que todas las ciencias no son más que una sola; pues según lo ha hecho ver Shelling, hace ya cerca de un siglo, la ciencia verdadera sólo puede poseerla el espíritu superior, que no ve en cada ciencia particular sino un órgano del vasto organismo de la ciencia absoluta que las comprende á todas en la misma idea y en la misma intuición: lo que hoy se llama «la filosofía científica».

Pero la tendencia más funesta del talento conservador es la que se manifiesta por el olvido del carácter y de su elevación, del genio y de su energía individual, no dando importancia más que á la erudición y á aquellas cualidades que procuran un fácil acceso á la opinión, echando así las bases de una nueva China en las sociedades modernas, peligro inminente señalado por Mill, Quinet, Tocqueville, etc. «El moderno régimen de la opinión pública»—dice Stuart Mill—«es, bajo una forma no organizada, lo que los sistemas chinos de educación y de política son en una forma organizada; y á menos que la individualidad no logre sacudir este yugo, la Europa, á pesar de sus nobles antecedentes y de su cristianismo, tenderá á convertirse en otra China».

El talento conservador ó meramente histórico no es, pues, un verdade-

ro talento, no es más que una capacidad neutra, receptiva y estéril. Consume sin producir; vive del trabajo de los otros. ¿Qué le falta? Fáltale la intuición, la fuerza creadora de la vida creando el mundo ó asistiendo á la creación del mundo; facultad profunda que sólo poseen los observadores y los artistas, los cuales, al observar ó al producir, están animados de ese espíritu generador que produce todas las cosas. Llevan en la intuición la unidad de las fuerzas cósmicas, la unidad de los gérmenes vitales, la unidad de la evolución y la convergencia de todas las existencias infinitas hacia el mismo fin. Y al observar los fenómenos y las leyes del mundo, lo hacen sirviéndose de esos arquetipos superiores de la vida universal, los cuales sirven de reglas para unir muchos hechos ó muchas leyes en una sola categoría, reduciendo así la totalidad de los hechos particulares á algunos hechos generales, que á su vez se resumen en una sola síntesis universal. Este es, principalmente, el trabajo del talento observador: es una sintetización. El trabajo del artista es generalmente lo contrario. Entonces hay, primero, una síntesis, una emoción que quiere estallar, una idea indeterminada y ardiente que quiere realizar su universalidad en mil particularidades. Y entonces el poder analítico del talento va descomponiendo la idea confusa y universal en una serie de ideas más particulares que se corrigen hasta amoldarse á las exigencias de la idea primitiva. Y, en fin, cada una de estas creaciones particulares se descompone en otros muchos detalles. Pero el artista puede también producir á la manera del observador, y *viceversa*.

Cuando uno de estos talentos estudia la Historia, lo hace comparando lo que sucedió en cada época con lo que pudo suceder de mejor ó de peor. Llevan el gran tipo de la vida, de donde sacan los tipos particulares aplicables á cada situación y que les sirven de pauta para juzgarla. Pues así como para juzgar á un hombre debe compararse su realidad actual, ó lo que es actualmente ese hombre, con lo que debe ser, con su tipo progresivo, lo mismo para juzgar una época histórica debe compararse lo que realmente fué con lo que debió ser; apartándose del todo de ese pobrísimo criterio de la generalidad de los historiadores, que pretende disculpar los crímenes horribles (como la Inquisición y el asesinato-conquista de América) atribuyéndolos al espíritu de la época; de lo cual resultaría que dicha época carecía igualmente de virtudes y de defectos, pues si sus hombres no quieren aceptar la responsabilidad de sus faltas, ¿con qué derecho se atribuyen el mérito de sus virtudes? Y la disyuntiva es inexorable: ó te impones el deber de afligirte y de recriminarte por tus culpas, considerándolas como culpas tuyas; ó renuncias al derecho de atribuirte la gloria de tus buenas acciones, no pudiendo tampoco apropiártelas como tuyas, si no te has apropiado también tus culpas.

Lo que hay de grande y de sorprendente en esta materia es el hecho de que la conciencia tiene una responsabilidad retroactiva, que los actos viven en ella como en una especie de eternidad omnipresente, y que lo que ella no fué capaz de hacer por su grandeza en el momento pasado de la acción, lo puede hacer ahora, como si el acto continuara consumándose perpetuamente en el seno de la memoria y de la voluntad. Así, después de muchos años de haber cometido un acto criminal, un hombre (ó un pueblo) puede elegir entre ser el miserable que se conforma con lo malo que hizo, ó ser el superior que reprueba eso malo como indigno de él. Así se puede ser pequeño ó grande, á voluntad.

De que cada época tenga un nivel distinto ó una estatura diferente en la moralidad, no se deduce que tales ó cuáles pueblos hayan estado exentos del deber moral en el grado que les correspondía, según el criterio de los hombres superiores que en esa misma época han condenado esos crímenes que se trata de absolver, ó que han practicado virtudes opuestas.

La unanimidad nacional en el crimen, lejos de ser una disculpa, no prueba sino que la responsabilidad moral era muy poca, pero que en cambio la animalidad era mucha. Lo mismo puede decirse de la ceguedad del

criterio y del fanatismo. Siempre hay que elegir entre el sér bestial y casi irresponsable, y el sér moral responsable.

De este modo los historiadores, en particular los españoles, han despojado á su patria del más bello atributo de una nación, de la personalidad responsable, disculpando las atrocidades de su infernal historia, despojándose de la imputabilidad de sus malas obras, atribuyéndose el mérito de las buenas (no sé por qué) y haciendo de la conciencia de cada español un foco de infatuación incurable y un pozo de corruptor estancamiento. Renunciando al ideal que los acusa, han renunciado á toda virtud redentora y regeneradora, desde que toda regeneración viene del reconocimiento de nuestras faltas y del culto hacia lo mejor. Cometer el crimen y quedar tranquilo, y aun arrogante de haberlo cometido, es confesarse no sólo criminal de la peor especie sino criminal incapaz de corregirse, pues para ser capaz sería menester: 1.°, reverenciar en nosotros un sér superior á ese sér criminal; y 2.°, sentir el dolor de haber ofendido á ese sér superior que pudimos ser y que no fuimos, y de haberlo postergado en nuestra alma. Son los justos quienes viven llenos de acusaciones para sí mismos; son los más malos los que viven ufanos de su conducta, sin dudas y sin temores; aunque sea cierto que entre los genios indulgentes haya muchas excepciones á este respecto.

Así es como se hace del cerebro un arca de sofismas á fin de salvar las vanidades y el orgullo, esterilizando y falseando la razón, y estancando el espíritu moral en la podredumbre.

El verdadero bien es activo: consiste en la actividad que busca el bien, en la aspiración constante á lo mejor que podemos ser. En tal caso, lo más justo es estar siempre dispuestos á acusarnos nosotros mismos (no en presencia de cualquiera), pues si lo hacemos así damos por sentado que tenemos la capacidad del bien, esto es, de mejorarnos y de progresar cada vez más; y si no lo hacemos, confesamos que hemos perdido ese resorte divino de la vida y que nuestra decadencia no tiene remedio. Y si esta confesión puede hacerse en el secreto de la conciencia del individuo, en una nación, por el contrario, tiene que ser pública, tiene que ser entregada á la deliberación de todos y al juicio universal.

Cuando una nación llega á la infatuación, llega también al aniquilamiento y á la putrefacción; el numen creador ha huído de su espíritu, y su cuerpo empieza á disolverse.

Pero es principalmente en política donde es más necesario estudiar y caracterizar las funciones que ejerce el talento meramente conservador.

¿No oís decir á cada instante: «es una capacidad ejecutiva, un talento realizador, no tiene nada de visionario, es un hombre positivo»? ¿Qué se quiere decir con eso? Veamos.

Naturalmente, los hombres que obran dentro de una órbita más estrecha y sin elevar su vista sobre las viejas murallas de la tradición, realizan fácilmente lo que han querido, y consiguen generalmente el fin que se han propuesto, alcanzando los aplausos casi unánimes del vulgo y, más que todo, de los conservadores. ¿Pero qué es lo que han realizado estos hombres? Han ganado batallas contra los pueblos débiles, sin miras elevadas; han construído ferrocarriles, han copiado los viejos códigos, ó han hecho un tratado de comercio. He ahí el talento conservador en política.

Pero antes de calificar á un hombre de realizador, sería menester determinar qué cosa es realizar, y por consiguiente, qué cosa es realidad.

Ahora la realidad es el bien, y el bien es trabajar por realizar cada vez más el bien superior, el ideal de lo mejor. Y en política, por consiguiente, ese bien consistirá en crear la sociedad en que cada individuo tenga más facilidades y más aptitudes para entregarse á esa especie excelente de actividad, de modo que, desde el más grande hasta el más chico, todos estén siempre animados de ese espíritu divino que los lleva á

mejorarse á sí mismos y á mejorar cada vez más á los otros. Entonces todas las obras materiales de la moderna cultura deben estar subordinadas á ese fin por excelencia.

Según esto, y si como antes hemos visto, uno de los principales fines sociales y políticos es producir el hombre cada vez más capaz de gobernarse social y políticamente por sí mismo, ¿será realizador un hombre como Bonaparte, que después de traicionar la buena fe de sus conciudadanos, después de sofocar todas las tendencias de vida libre que aún quedaban activas, después de corromper el criterio de la moralidad pública elevando á los serviles y abatiendo á los íntegros y valerosos, después de hacer cosas tan malas, malgasta todas las nobles energías de su patria en ganar inútiles batallas, en destronar á unos tiranos para reemplazarlos por otros de su tamaño, en ensangrentar la tierra, sin fin y sin objetos racionales, nada más que para establecer en el mundo una embrutecedora é infamante monarquía universal, corrompiendo radicalmente la inteligencia y el corazón, hasta el punto de hacer aceptar como gloria eso mismo que habría sido la ignominia y la execración de los hombres en otras épocas más imparciales y menos abyectas? Un creador de ruinas, un realizador de perversiones, un erector de cárceles para los hombres libres, no es, pues, un hombre realizador, porque si lo fuera se deduciría que es realizador el que destruye la realidad. Luego, sin altas ideas finales, no hay realización verdadera.

¿Será realizador un hombre que, desdeñando la protesta de la mayoría de la nación, adultera las funciones electorales, cohecha autoridades, atropella maquiavélicamente los derechos de los ciudadanos, y en vez de escuchar los consejos prudentes de los hombres de bien que le señalan la transacción ó la renuncia del poder como el medio más honroso de salvar al país, se arma audazmente de la fuerza y persigue á los entusiastas del bando opuesto, amenaza á los débiles, y creando una revolución sangrienta, lo vence con el cohecho, con el oro, con la extirpación? ¿Será realizador un hombre que después de haber hecho tales cosas; después de haber esparcido en el país el fomento corruptor del engaño, de la seducción del oro y de los honores lucrativos, del empecinamiento bárbaro y triunfante; después de haber sembrado ese fermento que corromperá profundamente, á la larga, los caracteres; después de haber esparcido ese miasma deletéreo que ha de matar todos los nobles entusiasmos, y aletargará la fe política de los mejores ciudadanos, convencidos, por la ruda experiencia, de que la astucia y la fuerza valen más en su país que las generosas intenciones y resoluciones;—será realizador un hombre que después de haber hecho semejantes hazañas entra á demostrar prácticamente á sus conciudadanos que el verdadero bien es el orden estático, pasivo é indolente, el desarrollo de la vida material, el establecimiento de caminos de hierro, y el incremento de la riqueza pública, abdicando los grandes fines á que está llamada la nación en el papel que le señala la Historia? Es entonces cuando hacen fortuna frases sofísticas como ésta: «libertad en el orden, y orden en la libertad». Y es entonces cuando el espíritu de los hombres se pervierte, y su talento se falsea, convirtiéndose al fin en un arsenal de sofismas, donde es imposible distinguir la verdad de la mentira.

Pero si ese hombre ha emponzoñado las fuentes de la vida social y pública, y despilfarrado los tesoros morales acaudalados por los esfuerzos de los hombres generosos de otras épocas, ese hombre, en vez de ser realizador, es, por el contrario, un destructor, un desorganizador, es un calavera político que ha derrochado todo el bien de las generaciones pasadas y toda la herencia sagrada de las generaciones futuras. Si ese hombre ha retardado en siglos el porvenir moral de una República, dejando una generación averiada y perdida, en vez de realizador debiera ser calificado moralmente de incendiario y de raptor. Después, en el porvenir, cuando en el curso de la vida pública aparezcan las consecuencias de esta perversión general de los espíritus, con el nombre de dolo, de prevarica-

to, de falsificación, de partidarismo interesado, de despotismo, no se dejará de echar la culpa de ello á tal ó cuál mandatario, á tal ó cuál defecto de las leyes.

Pero se dirá que ese hombre sólo quería el bien del país y que los males que hizo sólo fueron efecto de un error de concepción.

Un hombre no debe calificarse por lo que él mismo cree, sino por los motivos que le han hecho creer; si esos motivos fueron la infatuación, el orgullo, el desprecio de sus conciudadanos, entonces hay que aquilatar la moral individual, y hay que ver y calcular qué cantidad de justo derecho tuvo ese hombre para imponer su moralidad individual como moral pública de un país. Pues si su moralidad individual era sólo propia de un soldado ó de un pulpero de arrabal, ¿con qué derecho la impone como criterio absoluto de moral pública é imperativa para toda clase de ciudadanos? En política el orgullo, no sólo es una falta, sino que es un crimen. A medida que el hombre se eleva en la esfera de las funciones sociales, el criterio de la moral se hace más exigente; lo que sólo era una falta en un pulpero, se hace un crimen en el hombre que tuvo la audacia de elevar á la acción política y trascendental los preceptos de una moral mezquina y equívoca. Si, como dice Quinet, «la verdadera educación de un país de libre discusión es el espectáculo permanente de su política», y si, como dice el mismo, «la nacionalidad es para un pueblo lo que la conciencia para el individuo», calculad qué cantidad de males, qué copia de desmoralizaciones traerá consigo la entronización del soborno, de la astucia y de la violencia, en una nación cuyo espíritu público está aún en ese estado delicado y tierno de la infancia, en que las menores modificaciones van á tener una influencia enorme en lo futuro.

Eso no es realizar: es derribar y carcomer las grandes realidades de la vida, que son las ideas generosas y los más laudables entusiasmos de la libertad y de la humanidad. Es el espíritu de los hombres lo que debemos formar, es el espíritu nuevo de un nuevo mundo lo que queremos crear; y de ningún modo se trata de rellenar la piel de las antiguas momias políticas con las vanidades y las riquezas materiales, creadas por una civilización vacía y mezquina, que trata de cubrir su vejez y sus deformidades con oropeles y con afeites.

Y en particular, nosotros los americanos, que tenemos una misión más alta que llenar, estando llamados á ser los órganos de la última y más bella de las revoluciones, debemos velar por que el testamento de sabiduría y de bien que nos han legado los siglos de amarga historia no sea adulterado por esos apóstoles seductores cuya divisa es el desenvolvimiento de la riqueza y el acrecentamiento de las comodidades, siguiendo en esto puntualmente el itinerario de todas las naciones que han entrado en la senda de la decadencia y de la ruina. ¿Acaso no se ha visto siempre en la vida de todos los pueblos, que el amor desordenado de las riquezas, y de los goces y honores que las acompañan, ha traído consigo el deterioro de los caracteres y la depravación moral, erigiendo en principios sociales la astucia, la perfidia, el fraude, la adulación, la mentira, la calumnia, el servilismo, y produciendo entonces esas masas humanas apolilladas ó podridas que caen en los fangos de la Historia con los nombres de Babilonia, de Roma, de Bizancio?

Ciertamente, el hombre que hace lo posible por realizar semejantes cosas, lejos de ser un realizador verdadero, es un realizador de ruinas.

Y, ciertamente, es un gran realizador aquel que sembrando las semillas del bien, que son las grandes ideas, previene esas ruinas; aunque esta clase de acciones pocas veces revistan formas palpables que hieran la imaginación de la multitud, provocando una sanción universal.

Hay escondida en este orden de ideas una cuestión de una importancia muy grande y que sería muy conveniente dilucidar: es la siguiente.

Generalmente sucede que el verdadero bien y, por consiguiente, la verdadera realización, se presenta sin formas tangibles, sin actividad mecánica, sin exterioridades categóricamente apreciables. Jesús y Sócrates

pasan, al parecer, sin dejar nada; Pelagio y Abelardo murieron dejando sólo una memoria que parecía anulada y perdida en el océano de hechos ruidosos de que su época era teatro. Y, sin embargo, los dos primeros han sido los dos más grandes realizadores de la civilización del Occidente; y los segundos deben contarse entre los más eminentes defensores de la auto-responsabilidad, y por tanto de la libertad civil y política de los pueblos modernos.

Ejemplos como éstos son innumerables.

En cambio los realizadores de ruinas, ó bien los simples ejecutores de las ideas realizadoras producidas y demostradas por otros, se señalan por una actividad patente, palpitante y pública, que absorbe casi por completo la atención de los contemporáneos.

Son en efecto muy raros los hombres que, como Marco Aurelio y como Washington, tienen la fortuna de hallar para sus ideas generosas un campo de actividad en que la magnitud del espíritu se une á la magnitud de los hechos palpables en que ese espíritu se realiza. Por un solo Washington, la historia cuenta muchísimos Cambises y Césares; y tiene miles de tiranos, por un solo Cincinato.

Y es de notar que uno de los más sobresalientes y más interesantes caracteres del progreso social, es aquel que se manifiesta por la concomitancia creciente entre la aparición de un gran talento realizador (en la esfera meramente intelectual) y el éxito favorable de la acción de ese talento; pudiendo asegurarse que el grado en que éste se realiza marca el grado de moralidad y de inteligencia del pueblo en que tiene lugar.—(De los *Archivos de Psiquiatría y de Criminología*, de Buenos Aires.)

BIBLIOGRAFÍA

POR LUIS MARCO

Vocabulario enciclopédico de Odontología, por V. Pérez Cano y J. García y García, *Cirujanos-Dentistas*.—Tomo I, 178 páginas: Madrid, 1903; 5 pesetas en toda España. Pedidos á D. Emilio de Francisco, Mayor, 59, Madrid.

Obra premiada en la primera Exposición de la *Unión Dental*, con merecida dedicatoria á D. Florestán Aguilar y editada por este ilustre profesor á título de Mecenas, el presente *Vocabulario* tiene ya motivos extrínsecos para el aprecio público, antes de que se lea y consulte. Con ser eso mucho en su favor, hay motivos intrínsecos de igual monta para ser un libro estimado.

Claro es que no hay ni puede haber léxicos completos, no ya de todas las palabras vivas ó muertas de un idioma en cada momento histórico, pero ni siquiera de las de un grupo especial de ideas y de hechos concernientes á una ciencia, un arte ó una profesión cualquiera. Por tanto, esa clase de trabajos no debe ser examinada por la crítica desde el punto de vista de una perfección ideal, imposible *per se* para todo el mundo, sino desde el más positivo de su utilidad práctica en comparación con precedentes labores similares, cuando las hubiere. Y si no cabe cotejo por tratarse del primer ensayo nacional en ese orden, salta un nuevo y preciado mérito que añadir á los aciertos ó para compensar con creces los lunares.

Precisamente, la obra de los Sres. Pérez y García se halla en este último caso: es la primera que sobre su especialidad se publica en España; lo cual constituye por sí solo un testimonio fehaciente de ilustración y entusiasmo literario en pro de los autores, y una razón de gran peso para que el público profesional preste su apoyo á un libro tan simpático por lo que es y por el esfuerzo útil que representa.

El primer tomo comprende hasta la letra L (inclusive). La redacción es clara, sobria y muy discreta. Creo que los cultos autores pudieran (en las futuras ediciones que deseo para su obra) advertir que muchas de las pa-

labras son *anticuadas* ó *poco usuales*, para evitar el peligro de que lectores no tan cultos como ellos hablen ó escriban en una jerga ridiculizable. Bien han hecho en poner en su *Vocabulario* tales palabras, buscando la mayor riqueza del léxico; pero conviene en lo futuro hacer la indicada advertencia, tratándose de voces como las siguientes y otras muchas más: *Abevacuación, Abirritación, Abohetado, Acatástica, Acografía, Acos, Acropis, Adaxoma, Adecto, Adélidos, Adenógrafo, Afistolar, Afistolarse, Aglossostomógrafo, Anagrafe, Anaregnima, Anfismilo, Angioplerosis, Antiadas, Antiagro, Antispasis, Apocatarsis, Apocenosis, Apoflegmático, Apoflegmatismo, Apoflegmatizar, Aporrea, Aposcasia, Aposfagma, Aposirma, Aposmodático, Aposquema, Aposquepsia, Apostasis, Apotrosis, Arteriocalaxia, Artrómbola, Asidente, Atermasia, Atretolemia, Azotenésicas,* etc., para no citar más que una sola letra. Estamos aún en un período de transición entre la enseñanza antigua y la moderna; existen todavía numerosísimos dentistas á la antigua, ávidos de ilustrarse con la facilidad que da un *Vocabulario;* y si esos prácticos creen de buena fe igualmente utilizables todas las voces que en él existan... ni se entenderían á sí mismos, ni les entendería nadie con esa «culta latiniparla». Hay que dar cernido el lenguaje técnico, á través de cedazos de diversos números, para dejar que pasen las palabras corrientes y se retengan sobre el arnero las sedimentadas por el desuso. Este pequeño reparo confirma el loable propósito que los autores han tenido de registrar un gran riqueza de voces.

Además, hay muchos datos científicos, históricos, prácticos, etc., todo ello sin ampulosidades incongruentes con el fin que el libro de los señores Pérez y García se propone llenar y llena del modo más cabal y acertado que puede concebirse hoy por hoy.

Plácemes merecen por ello, no sólo ambos profesores y su eximio patrocinador, sino también la clase respetable á que pertenecen y los numerosos lectores y consultantes que la obra es digna de tener en España y América.

La revolución en la terapéutica de la neurastenia: su génesis, distintos tipos clínicos, y su tratamiento, sin necesidad de remedios farmacológicos, por Fernando González de Quintana y Molina, *Médico Mayor de S. M., retirado.*—Madrid, 1903; un tomo de 114 páginas, dos pesetas. Librería editorial de Bailly-Baillière é hijos, Plaza de Santa Ana, núm. 10, Madrid.

En cinco capítulos desarrolla el autor el interesante tema de su trabajo. Empieza por definir la neurastenia, afirmando que ésta no existe como entidad nosológica independiente, sino tan sólo estados neurasténicos. Para probarlo, expone la teoría de la neurogénesis animal, su manera de producirse y su importancia; al efecto, trata de la excitación y su transformación en energía, indicando la regularización de la excitabilidad nerviosa por los agentes físicos y explanando la teoría del funcionamiento de la célula nerviosa.

Hecha esta exposición de fundamentos, desarrolla el autor la patogenia de la neurastenia, con sus causas predisponentes y determinantes. Luego describe los diversos tipos clínicos de la neurastenia (genital, por uremia, artritismo, traumática, por insuficiencia de los agentes físicos, etc.).

Por último, asienta las bases del tratamiento de la neurastenia por el agua, el aire, la luz, el masaje, la electricidad, el tratamiento antitóxico, la terapéutica dinamogénica y la psicoterapia.

Cada vez más extendidos los estados neurasténicos, importa mucho prevenirlos en lo posible y tratarlos como se debe. Aparte de la acción sugestiva, los medicamentos farmacológicos no tienen mayor importancia real en casos tales.

En cambio, los modificadores generales físicos y la buena dirección funcional del organismo son los únicos medios terapéuticos racionales y prácticos propuestos con muy buen juicio por el Sr. González de Quintana, cuya obra es un excelente servicio prestado por el distinguido médico militar y por los inteligentes editores madrileños.

VARIEDADES

Nuestro primer concurso.—A la cabeza de la sección de «artículos científicos originales» colocamos el remitido por el Sr. D. José de la Rosa y Sánchez. Bien pensado y bien escrito, con doctrina moderna y utilidad práctica, merece una MENCIÓN HONORÍFICA. Consistirá en una tirada aparte de *cien* ejemplares para el ilustrado autor, juntamente con cinco números de la REVISTA y un ejemplar de las dos últimas obras de nuestro venerado Director-Fundador: *La Felicidad* y *La Mujer Gaditana*, por D. Federico Rubio.—Conviene difundir los Laboratorios.

Deseamos que los señores concursantes se fijen en las bases fundamentales para el CONCURSO: hechos ó ideas *nuevos* y extensión del trabajo desde *un pliego* á cinco pliegos (de diez y seis páginas de la REVISTA). Aunque la simpática labor del Dr. La Rosa no llena estas condiciones principales, tiene las necesarias para merecer el más sincero aprecio científico-literario por nuestra parte, honrándonos con su publicación, y el modesto estímulo que damos al autor con el mayor gusto.

Girolamo Fracastoro (1) *(un higienista del siglo XVI)*, por el DR. L. COMENGE.—Señoras y señores: Yo no sé hasta qué punto y en qué grado, dejando aparte mis humildes aptitudes, este discurso que aquí empieza, y que por mandato de tan sabia corporación he compuesto en breve tiempo, se amoldará á los propósitos de la Academia y á las circunstancias presentes. Porque temo, no sin algún fundamento, que se juzgue fuera de lugar y de razón el acudir á esta solemnidad con vetusteces y recuerdos enterrados en el polvo de los siglos ó hundidos en la soledad de lejano pretérito.

Relatar hechos y traer á la memoria pensamientos de longísimos años, en una fiesta como la de hoy, consagrada especialmente á galardonar el mérito y la pujanza de la bizarra juventud médica; ante una institución laboriosa y fecunda que dedica sus bríos y actividad incansables á conocer y domeñar el presente vertiginoso y todos sus anhelos á taladrar el porvenir con el pensamiento, á despejar las nubes del futuro para que más pronto brille y resplandezca la aurora del progreso, el sol de la humana Medicina; conmemorar, en fin, hombres y evocar ideas de traspuestas centurias en este recinto rebosante de vida, de elegancia y de belleza, cosa es que pudiera semejar, por sus inmediatos efectos, á inesperada lluvia de tallos mustios y hojas secas en ameno y florido jardín.

Mas no conviene olvidar que aquella lluvia y los mentados recuerdos pueden ser de provecho grande; que así como el campo reverdece y enlozana con los seculares despojos de su propia arboleda, en Medicina y en la vida social es muy útil y digno de pechos hidalgos mirar de vez en cuando hacia atrás y henchir el corazón con las hazañas y ejemplares virtudes de nuestros ascendientes gloriosos.

Y puesto que la Higiene, como toda ciencia, es hija de los siglos, obra de las generaciones que se legan y transmiten observaciones y enseñanzas; puesto que las conquistas de hoy preparadas fueron ayer, y los frutos presentes muestran su origen en añosas labores, sin duda que ha de ser, en último análisis, empresa nobilísima, placentera y fortificante venerar á nuestros mayores y templar nuestras energías en las energías y consejos de los ancianos...

Animado por esta consideración, voy á dedicar algunos minutos á un

(1) Discurso leído en la noche del 30 de Marzo de 1895, en la sesión extraordinaria celebrada por la «Academia de Higiene de Cataluña».

higienista de antaño, á un médico de privilegiado talento, que avanzó á los suyos, se adelantó á su época y llegó con su intuición hasta nosotros, barrenando valiente las preocupaciones científicas de la primera mitad del siglo décimosexto.

Si no lograra mi empeño, que no es otro que el de cumplir, de la mejor manera en mí posible, con un deber que me enaltece, vuestro descontento será el mayor castigo á mi osadía; si lo que os diga no merece vuestro beneplácito, en cuaresma estamos: ofreced el mal rato á Dios, y que es tome en cuenta el sacrificio que de antemano os agradezco.

En la risueña y accidentada comarca veronense, de blando clima y fértil suelo, cubierta de cielo azul y adornada de rientes ríos y tranquilos lagos, donde aquél se refleja como en purísimos espejos y en donde los más famosos capitanes hicieron gala y ostentación de sus talentos guerreros y crueles maniobras, nació uno de los hombres que mayor ahinco pusieron en evitar dolencias á sus semejantes y restar víctimas á la muerte.

Con efecto: en la ciudad de Verona, por tantos conceptos famosa, vino al mundo, hace cuatrocientos doce años, un niño que se llamó Girolamo, hijo de Felipe Fracastoro y de Camila Mascarelli, ambos de no vulgar estirpe, ambos luego inmortales por la fama que alcanzó el entonces recién nacido. Este, como todo humano sér, ingresó en el mundo llorando, que es natural que así acontezca con quien viene á este valle de amargura; pero es que el niño Jerónimo lloró dos veces, porque como naciera con la boca muy pequeña por anormal oclusión de los labios, hubo necesidad de corregir el defecto con operación sangrienta; y así el Arte médico, al que había de dar inusitado esplendor andando los años, salvóle de la muerte apenas entrado en la vida.

Estos auxilios de la ciencia á los predestinados á la inmortalidad no son raros: Abel y Newton, los dos colosos de las matemáticas, nacieron antes de tiempo, como si el mundo quisiera aprovechar más presto sus potentosas aptitudes; el celebrado capitán Andrea Doria, el Papa Gregorio XIV y Sancho el Mayor, de Navarra, debieron su salvación á la operación cesárea, esto es, á la intervención quirúrgica, como el niño Fracastoro.

Apenas nuestro Jerónimo había entrado en la segunda infancia, su madre, que le llevaba en brazos, dícese que murió abrasada por el rayo; y nada ocurrió al infante, si no es la tremenda desgracia inherente á la condición de huérfano.

Su padre aplicóse á darle educación esmerada, y salió Jerónimo peritísimo en matemáticas, humanidades, filosofía, medicina, sobresaliendo en todas las disciplinas y sobre todos sus condiscípulos de la célebre Universidad de Padua; fué su maestro más notable Pomponaci, aristotélico, naturalista é impulsor de la ciencia por el camino del libre examen.

Dedicado Fracastoro al ejercicio de la Medicina, y tras no pocas visicitudes, adquirió justísimo renombre, que le valió la gratitud del pueblo y las distinciones de los magnates. Sancionan esto último los siguientes episodios: cuando Carlos V de Alemania y I de España se dirigía á Milán para llegar á Génova, acudió la muchedumbre á Peschiera, anhelosa de ver al César, de conocer al mayor monarca de aquellas edades; entre la multitud hallábase nuestro médico, en quien fijó su atención el Príncipe de Trento y luego el Emperador; el público rodeó envidioso y sorprendido al que mereció tanta honra: era su paisano Fracastoro; alcanzó éste la protección del Cardenal Bembo, fué médico del Concilio tridentino, mereció ser consultado en gravísimas cuestiones de salubridad, y las tropas pontificias, al entrar en Verona en son de guerra, llevaban orden de respetar las propiedades del gran Fracastoro, quien falleció en su quinta de Cophi, en 1553, á los setenta años y á consecuencia de una apoplejía. Era Jerónimo Fracastoro de baja estatura, recia complexión, de negros cabellos, barba y ojos oscuros, mirada viva, rostro simpático y de nariz

incorrecta. ¡Cosa extraña! á los dos años de morir, sus conciudadanos erigieron á la memoria del esclarecido varón un suntuoso mausoleo en la iglesia de Santa Eufemia, de Verona.

Nació, pues, Fracastoro y Mascarelli en la patria del Renacimiento, en el siglo de la imprenta y del Nuevo Mundo, y floreció en aquella inmortal centuria de Servet, Laguna y Vallés, Fernel y Pareo, Vesalio, Cesalpino y Colombo, de inextinta fama, de inmarcesible gloria médica. Surgió en la primavera espléndida de la civilización, en medio de aquel potente foco de cultura que desde las orillas del mar latino iluminó todo el orbe; en una edad que fué un poema heroico en acción realizado por gigantes; en un período excepcional que oyó los cantos de Tasso y Ariosto, las enseñanzas de Galileo y de Luis Vives, y admiró las obras de Rafael y Miguel Angel y las homéricas aventuras de Colón, Magallanes, Hernán Cortés y Elcano; brilló, por fin, en aquella centena de colosos del pensamiento y de la bizarría, al parecer surgidos de la amorosa fusión entre el glorioso pasado y el porvenir inmenso!...

Conócesele á Fracastoro como inspiradísimo vate, como autor del inmortal poema latino sobre la Sífilis, y médico de gran sabiduría, mas no no como excepcional higienista, no como el precursor de doctrinas sobre la etiología y profilaxis de las dolencias infectivas que hoy pudieran suscribir los más entusiastas de la moderna escuela panspermista.

Y bajo este aspecto, que es en donde se cimenta y funda su principal valía, hemos de estudiar al médico veronense.

Era la Higiene en conjunto, y á fines de la centuria XV, heterogénea reunión de datos y consejos empíricos, inconexo arte dirigido á la conservación de la salud de los ricos, de los favoritos de la fortuna, y cuyas reglas antes se dedicaban al bien vivir que á la racional profilaxis de las dolencias. Y lo que á este último punto hacía referencia, constituía inextricable maraña por la orfandad de conocimientos patogénicos, que han de ser el más firme sillar de la ciencia de la salud.

Basta hojear los libros del tiempo de Fracastoro y posteriores, para vislumbrar al punto el laberinto de propiedades ocultas, de vapores corrompientes, alteraciones de la pituita y de la atrabilis, de putrideces, espíritus, fomes aéreos, fermentos, quemazones del fluido vital en el recinto y cercanías del corazón, seminarios cáusticos y maravillosas alteraciones humorales de que echaban mano los antiguos para explicar enfermedades tan claras y tan patentes como la sarna, la tiña y la tisis...

Y es que entonces el microscopio no había salvado el abismo de lo invisible; no se tenía aproximada noción de los gérmenes patógenos, y faltaba la colaboración de los siglos para la demostración experimental de la transmisión de las dolencias. En aquella situación caótica, levantóse robusta y valiente la voz del médico de Verona, predicando conocimientos y adelantando principios sobre los cuales había de construirse el más gallardo edificio de la Medicina: la naturaleza de las enfermedades transmisibles y su profilaxis.

Hoy que nos son familiares todos los procedimientos, todos los tanteos, todas las confirmaciones bacteriológicas; hoy que poseemos seguros medios para descubrir el germen de una epidemia, examinar sus condiciones estáticas y dinámicas, las lesiones que ocasionan, los venenos que segregan, y cien formas de anular y suavizar la índole maligna de los microorganismos, todos los problemas con aquellos puntos enlazados, si no se resuelven, se plantean ya con claridad.

Pero, ¡ah, señores!, que prever el futuro por cima de todas las ignorancias y preocupaciones en que vivimos, desmenuzar y corregir el sistema generalmente admitido, y sin elementos construir lo que ha de ser imperecedero, es labor reservada al genio como el de Fracastoro, quien, merced á su intuición y á su espíritu filosófico, llegó á médico sobresaliente é higienista excepcional.

Para corroborar lo antedicho fijémonos en algunas de sus aseveracio-

nes, ya que para dar idea de las más fundamentales y comentarlas se necesitaría un volumen no pequeño.

Encuéntrause aquéllas en su obra de los contagios (1), escrita á los sesenta y tres años de edad, y la cual debemos de considerar como la síntesis de toda su experiencia, no como fugaz y atropellada manifestación de un pensamiento mozo.

El libro primero trata de los contagios en general, y en él estudió Fracastoro las más salientes cuestiones enlazadas con tan importante materia, con sobriedad, método y penetración envidiables. Reclamo vuestra atención: Contagio—dice el médico veronés—es el tránsito de la infección de un individuo á otro, de un miembro á otro miembro de un mismo individuo. El contagio—añade,—que no es más que la acción de los gérmenes virulentos trasplantados, difiere del envenenamiento, de la corrupción y de la destrucción de las partes. Diferéncianse los venenos del contagio, porque aquéllos no pueden engendrar en un segundo individuo gérmenes parecidos á ellos, como los causantes de la primitiva enfermedad, y así los envenenados jamás son contagiosos. Al demostrar que el contagio no es la putrefacción, por más de que puedan coexistir, ó suceder ésta á aquélla, dice que la rabia es enfermedad contagiosa, de lenta marcha, y, sin embargo, no hay corrupción de las partes. Tras de esta idea notable, expone otra no menos sagaz, la de que la acidificación del vino no depende de corrupción; antes bien, parece como que ha sido inficionado por un contagio, es decir, invadido por gérmenes; teoría es esta sobre la acidificación, demostrada experimentalmente en estos últimos años por Pasteur.

Creyó Fracastoro que en todo contagio ocurría una suerte de destrucción de las partículas corporales invisibles, pero no la destrucción primitiva del todo, aunque ésta secundariamente puede venir. En esta afirmación se echa de ver que el médico famoso creyó que los gérmenes obraban primitivamente sobre los elementos del organismo y humores en que los antiguos residenciaron el contagio.

De tres maneras se verifica éste, según el veronense: por solo contacto, por intervención de focos infectivos (vestidos, utensilios, etc., aptos para retener los gérmenes), y á distancia; existiendo enfermedades, como las exantemáticas, en que la propagación se verifica por los tres procedimientos á la vez.

Al describir cada una de aquellas vías de contagio, dice que los gérmenes virulentos pueden cobijarse dos ó más años en los focos, conservando su actividad, y que el contagio á distancia no debe atribuirse á causas ocultas; los gérmenes, en este caso sorprendente, se comportan de manera parecida á las partículas invisibles de las sustancias aromáticas ó irritantes, en su difusión. Los gérmenes morbosos—continúa—están dotados en sus excursiones de dos clases de movimientos, uno propio y otro extraño, ó de arrastre por fuerza mayor.

Las semillas contagiosas (que pueden ser destruídas por el fuego y por el frío) penetran en el organismo por diminutos poros, ganan los pequeños vasos, entran en la sangre é invaden el corazón, no como á un enemigo, no deliberadamente, porque carecen de conciencia y de voluntad.

Los gérmenes contagiosos de menguada vitalidad, ó envueltos en medios viscosos, tardan más en su difusión que los más vivos, y los que penetran en el cuerpo por las vías aéreas.

Enseña en su libro el médico-poeta que los contagios, en esencia, son una misma cosa, diferenciándose únicamente por sus procedimientos de invasión y progreso y por sus manifestaciones distintas, según las circunstancias de los seres atacados y la composición de las partes invadi-

---

(1) *Hieronimi Fracastorii. De contagionibus et contagiosis morbis et eorum curationes.* Libri III. El Dr. León Meumer los ha traducido al francés, adornándolos con notas, en 1898.

das. Esta teoría acaso parezca muy radical, y dé lugar á pensar que Fracastoro creyó que un mismo germen podía ocasionar distintos contagios; mas no es así: nuestro autor dista mucho de tal creencia, ya que sentó categóricamente que cada germen producía otros semejantes á él.

En el capítulo XII del libro de los contagios que venimos sintetizando, mas no siguiendo su exposición literalmente, sienta el doctor dos teorías importantísimas que motivan en los días presentes empeñadas discusiones, á saber: la teoría del hábito para explicar la inmunidad, y la de la autoinfección. Respecto á la segunda, dícenos Fracastoro que algunos contagios nacen y prosperan dentro de nosotros, en uno de los órganos, y luego se difunden á otros sitios de la economía. Ora procedan de autoinfección, ora vengan de fuera, siempre se originan estas semillas morbosas en cuerpos vivos, y sólo en éstos prende la infección. Pero en estos cuerpos vivos se nota que unos toman el daño más fácilmente que otros, y algunos con gran dificultad, lo que hace suponer, dice, que nos podemos habituar á las fiebres pestilentes como nos acostumbramos á los venenos.

Estas son las más culminantes doctrinas del discípulo de Pomponaci, en su libro primero. Son ellas tan capitales y tan sorprendentes, que bastan para conceder al médico italiano los honores del genio, aun teniendo en cuenta ciertas preocupaciones vetustas, ciertas nociones erróneas que se registran en los escritos de Fracastoro; que, al fin y al cabo, humano era Jerónimo, y como tal no podía desprenderse totalmente de la atmósfera que lo circundaba, ni evadir la soberana acción de las leyes experimentales que habían de venir luego á sancionar intuiciones más ó menos completas.

Y como pudiera creerse que tan inauditas opiniones en aquella edad no fuesen hijas de asidua meditación y convicción arraigada, conviene advertir que el segundo libro de la obra de Fracastoro contiene las aplicaciones de los principios extractados á cada una de las dolencias contagiosas, y que en el volumen tercero se habla de la profilaxis y terapéutica de aquellos males, constituyendo así un todo armónico que justifica la solidez y grandiosidad del concepto de la infección y del contagio enseñado por Fracastoro por vez primera, según aseveración de éste y del erudito Mercurial.

Llámanse fiebres contagiosas, dice Jerónimo Fracastoro en el libro segundo de su obra, no las que pueden infestar un humor vecino y contiguo, sino las que son capaces de llevar á otros individuos el mismo mal en virtud del traslado y reproducción de los gérmenes. Afirma que explicar la naturaleza de las fiebres pestilenciales por las propiedades ocultas equivale á resolver un problema por una incógnita. En este libro segundo se combaten las doctrinas sobre el contagio de Galeno y de Montano, y describe atinada y concisamente el sarampión, la viruela, la peste bubónica, la rabia, el tifus petequial, la tisis, la elefantiasis y otras dolencias contagiosas en su sentir.

De conformidad con lo manifestado en el libro primero, dice en el tercero el médico veronés que las enfermedades contagiosas deben de tener un método terapéutico general, común á todas, y por tanto que á la destrucción de los gérmenes debe el médico dirigir todas sus fuerzas. Establece dos tratamientos, el profiláctico ó preventivo y el curativo, y aunque dedica mayor espacio al segundo (y esto, como comprendéis, es natural en aquellos días en que los fundamentos de la prevención del contagio se desconocían), aconseja, sin embargo, que el principal tratamiento estriba siempre en dirigir todo ingenio y toda diligencia contra los seres ó gérmenes de contagio, los cuales pueden ser muertos, derrotados, debilitados ó dispersados merced al fuego, al frío, á los cáusticos y evacuantes, los cuales pueden alejar un peligro inminente...

Dejando á un lado las aficiones de Fracastoro á la simpatía y antipatía para explicar ciertos fenómenos fisio-patológicos, y su inclinación á los fármacos, si elevamos nuestro pensamiento hasta los primeros años del siglo XVI, cubiertos de niebla densísima, y examinamos imparcial y sin-

téticamente el sistema morbogénico del italiano, no podremos menos de reconocer que no tan sólo es grandiosa y admirable la doctrina, si que, como dije al principio, pudiera suscribirla el más decidido panspermista de nuestros tiempos. Durante muchos años quedaron olvidados tan hermosos conceptos; las disputas escolásticas, religiosas, anatómicas, y las que versaban acerca de problemas terapéuticos, soterraron las enseñanzas del veronés; preciso fué que viniera el siglo actual á recoger y á aumentar *los frutos de tanta sagacidad y penetración.*

Al fin y al cabo, nada en el mundo perece, aunque los cambios se ofrezcan á los vivos con el aspecto de la muerte. Cuando el sol se pone ó se eclipsa, mil pupilas suspendidas del firmamento recogen aquella luz y la mandan á otros mundos siderales...

Lo propio sucede en la historia de nuestro arte. Traspone su carrera un astro de primera magnitud, llámese Hipócrates, Galeno, Sydenham ó Harwey, y mil refulgentes luceros se apoderan de sus enseñanzas y las conservan y transmiten á lo largo de las centurias; y así, al hundirse en la tierra Girolamo Fracastoro, mandó á lo alto los rayos de su poderosa intuición, que sirvieron más tarde de luz y de guía á sucesivas generaciones y de origen á vivaces y fructíferas ideas.

¡Asombrosa labor, señores, la del genio que levanta arrogantes y perennes fábricas sin otros materiales que el pensamiento! Este guió á Colón, y una hipótesis nos regaló el Nuevo Mundo; de otra presunción nació el conocimiento de la tierra, é hipótesis son las que explican, en las postrimerías de este siglo realista, los más imponentes fenómenos de la física y de la química; y es que en las ciencias, aun las naturales, en las que mayor importancia se concede al hecho, la imaginación prepara, la razón consolida y el genio crea, porque adivina, legando á los posteriores el ensanche, la comprobación y el usufructo de sus conquistas.

Ya sabéis cuál es vuestra misión. Al realizarla, si á tanto llega la ventura de la generación actual, que no os desvanezca el triunfo; y acordaos de los hombres ilustres del pasado, rendidles siempre tributo de justa admiración, porque de ellos procede la savia toda de vuestra lozanía científica, como arranca y desciende la higiene modernísima, en gran parte, de la penetración asombrosa de un médico-poeta, del gran Fracastoro.

Congreso Oftalmológico de Lucerna.—Debiendo celebrarse, en los días 19, 20 y 21 del próximo Septiembre, en la ciudad de Lucerna, el X Congreso de Oftalmología, se avisa á los señores profesores que deseen concurrir al mismo como congresistas, que pueden desde luego inscribirse dirigiéndose al Dr. Reina, delegado en España del citado Congreso: Madrid, calle de Fuencarral, número 96.

Al Congreso Internacional de Arquitectura.—La Redacción de la REVISTA saluda con el mayor respeto á los congresistas que han de reunirse en Madrid en los primeros días de Abril próximo, haciendo votos sinceros por que sus importantes tareas obtengan el éxito más brillante en pro del bello arte de construir.

Una buena parte de la Higiene urbana depende de los Arquitectos, por lo cual hemos de ver los Médicos con profunda simpatía el adelantamiento y el prestigio de la Arquitectura y de sus ilustres profesores.

SECCIÓN CLÍNICA ORIGINAL

Podredumbre de hospital (1).

POR D. FEDERICO RUBIO Y GALÍ

Por fortuna, la asepsia y la antisepsia, desterrando de los nosocomios las supuraciones y las infecciones, van haciendo desaparecer la grave podredumbre de hospital.

El padecimiento corresponde á la clase de las gangrenas infecciosas húmedas. Su importancia merece capítulo aparte, pero al lado de la gangrena fulminante gaseosa. Ambas son inoculables y contagiosas. Caracteres son éstos culminantes, y que las separan de las demás gangrenas. Bien se puede mantener á un esfacelado de ambas extremidades inferiores en una sala de operados, sin grave peligro para los compañeros. No así el gangrenado por el vibrión séptico, ni el que padece podredumbre de hospital.

Observé este padecimiento con harta frecuencia, antiguamente, en hospitales en que no tenía introducción directa personal; pero pude ver multitud de casos que acongojaban el ánimo. Simples bubones dilatados, cauterizaciones terapéuticas, úlceras sencillas de cualquier especie, eran atacados de la podredumbre; que reducía todos los tejidos á una pulpa cenicienta, sucia y repugnante, sin respetar más que las arterias, que se veían, disecadas y aisladas, latir en medio del putrílago.

No se ha encontrado todavía el bacilo ó coco determinador de este padecimiento. Sin embargo, es casi seguro que debe existir y que ha de ser de naturaleza específica.

Lo que me impulsa á escribir esta nota no es lo antedicho, sino dar cuenta del último caso, que me pertenece y que observé con toda el alma.

*
* *

Don E. F., mi amigo queridísimo, fué acometido de un divieso en la espalda, hallándose de temporada en San Sebastián; brotaron

(1) Tomada del magnífico *Tratado de Cirugía clínica y operatoria*, por los Dres. Le Dentu y Delbet (tomo I, páginas 178 y 179). Esta nota clínica forma parte de las magistrales que puso el fundador del Instituto de su nombre, la *Escuela de Enfermeras* y la presente REVISTA, á la traducción de D. José Núñez Granés, publicada por la casa Hernando y Compañía. De dicho excelente *Tratado* publicaremos una extensa y merecida *Bibliografía*.—Dr. L. M.

otros y, según relato, vino á parar en ántrax. Lo dilataron; y sufriendo mucho, mi buen amigo decidió volverse á su casa de Madrid.

Habiéndome referido la historia, no extrañé encontrar al paciente de tan mal aspecto general: lo referí á los dolores que había sufrido y sufría. Descubierta la espalda, mostraba una ulceración profunda y sucia, que me expliqué por los detritus que el ántrax mortifica. Pero á pesar de hacérsele tres curas diarias y de emplear el sublimado, el dermatol y cuanto se puede ocurrir para limpiar y detener los progresos de una úlcera, todo era inútil; el mal crecía, invadía y ganaba á pasos gigantes en profundidad y circunferencia. Tal marcha progresiva, acompañada de terribles dolores, pero sin los caracteres de estrangulación folicular propios de ántrax, fijaron más mi atención y puse en duda el diagnóstico; convenciéndome, á poco, de que si aquello pudo ser un ántrax en su origen, en el momento en que lo observaba no era otra cosa que una úlcera atacada de podredumbre de hospital. ¿De dónde había venido el contagio? Ni lo pude averiguar entonces ni después. El divieso, ántrax ó lo que fuese, había sido dilatado con un bisturí, tocado con pinzas y lavado con agua que no consta si estaba esterilizada. Pero la gangrena era evidente. Tan luego como pude darme cuenta de la verdadera situación, recurrí al cloruro de cinc. Ya la ulceración ganaba de uno á otro borde de los omoplatos y la apófisis espinosa de la primera vértebra dorsal. Le hacía tres curas diurnas y otras á media noche; y, á pesar de todo eso y de las cauterizaciones, ni cedía ni siquiera dejaba de crecer.

La extensión circunferencial progresaba de la siguiente manera: alrededor de la úlcera brotaban unas flictenas pustulosas, de color plomizo; á las veinticuatro horas se convertían en úlceras de fondo gangrenoso ceniciento, y quedaban las ampollas y los tejidos intermedios esfacelados é incluídos en la total ulceración. El paciente, ya postrado y de gravedad suma, había perdido toda esperanza; y yo con él. Anonadado y pensando en mandarle los últimos Sacramentos, contemplaba la voracidad de la ulceración, cuando advertí que dos ó tres pústulas cuyo pus se había secado, formando costra, no habían esfacelado los puntos que les eran subyacentes. En tal momento, un como rayo de luz y de esperanza pareció iluminar mi inteligencia. «El microbio de esta gangrena es aerobio, dije; necesita aire para vivir; el contraste de estas pústulas cubiertas de una costra y el estado de las otras me lo está diciendo». Acto seguido mandé por alcanfor pulverizado, mandé por alcohol. Cubrí toda la úlcera y sus alrededores con una masa de alcanfor; la solidifiqué sobre las partes pulverizándola con espíritu de vino. Cubrí todo con grandes masas de algodón hidrófilo y levanté la cura á las veinti-

cuatro horas. La nueva erupción flictenoidea había abortado, estaba seca; el fondo mortificado, seco también. Repetí la cura, ordenando que la registrasen por la noche; y, si la pasta se había resquebrajado, que la refrescaran con más alcanfor pulverizado, cuajándola bien con el alcohol pulverizado.

En efecto, siguió la mejoría. Dos porciones del trapecio salieron en detritus, la úlcera se botonó; á los veinte días estaba cicatrizada y, gracias á Dios, repuesto y salvo mi carísimo amigo.

***

¿Es aerobio el agente de la podredumbre ó gangrena de hospital?

Las ideas que surgen en el cerebro por rápida iluminación tienen una fuerza poderosa para el que las siente.

¿Qué se pierde con no echarlas en saco roto?

En enfermedad tan terrible como ésta, y cuyo remedio no conoce la ciencia, ¿qué se pierde con tratar de ahogarla?

Sobre el tratamiento de los defectos funcionales de la cadera.

POR EL DR. D. SATURNINO GARCÍA Y HURTADO
Profesor del Instituto Rubio.

En esta nota clínica voy á empezar por el fin, es decir, sentando conclusiones.

Abona está manera de proceder la naturaleza del caso que presento; lo cual, en mi concepto, abrevia y facilita más la comprensión de esta materia que cualquier otro procedimiento expositivo, como es claro que la abreviaría más si yo hubiese podido hacer que cada lector hubiera visto á mi enfermo cuando acudió á mi consulta, hubiera visto la intervención y le viera en el estado actual.

En general puede decirse que *todos los defectos funcionales de la cadera que no han sido racionalmente tratados, son susceptibles de mejoramiento.*

No se molesten los cirujanos de nuestro país por lo que voy á decirles.

Cuando se dice la verdad, sin intención de ofender á nadie, y sólo con el propósito de corrección ó mejoramiento, me parece tal propósito laudable.

Pues bien: la mayoría de los cirujanos ven sólo en el enfermo un caso operable ó no operable; y si es operable, lo que principalmente les llama la atención es la cura del proceso que persiguen, relegando á un orden secundario el movimiento funcional.

No creo hablar á humo de pajas, ni me gusta.

La prueba de esto la tengo en los numerosos enfermos que he visto, operados por cirujanos notables; operados cuyos miembros han quedado inútiles, desde el punto de vista funcional.

Anquilosis del hombro, codo, muñeca, dedos, cadera, rodilla y tobillos, he visto multitud: unas, consecutivas á intervenciones; otras, á prolongado reposo; pero en todas se destaca como nota culminante la relegación á segundo término del tratamiento ortopédico ó funcional.

Antes que se me pase debo decir que es errónea la creencia, muy extendida, según la cual los procesos tuberculosos articulares agotados no deben tocarse.

En primer lugar, es cierto que muchas veces tomamos por procesos tuberculosos otros que no lo son, y viceversa.

En segundo lugar, es cierto que muchos procesos tuberculosos no agotados ó aparentemente agotados, se agudizan cuando la articulación se mueve.

Pero, en tercer lugar, es también cierto que yo tengo enfermos con procesos tuberculosos de la muñeca, con anquilosis de los dedos, codo y rodilla, tratados después de agotar completamente el proceso, restableciendo más ó menos ampliamente el movimiento.

El caso que motiva esta nota clínica es una anquilosis de la cadera, consecutiva á un proceso tuberculoso antiguo.

Sobre estos hechos que he visto, no puedo admitir más objeción que el haber podido equivocarme en la naturaleza del proceso.

He recibido cartas de compañeros de provincias, en el sentido siguiente:

«Señor: Yo soy un enfermo que hace tanto tiempo se le amputó tal pierna por tal cirujano, cumpliendo entonces, indudablemente, una indicación vital; pero es el caso que yo llevo en este pueblo, de ejercicio, más de veinte años; y desde hace dos, que me amputaron la pierna, las artificiales que me han hecho Fulano y Mengano no me sirven. Como yo no tengo otra manera de vivir que mi profesión, vea si le es posible acudir á mi remedio, y mande construir una pierna con la que pueda andar, ó dígame á quién me he de dirigir».

Uno de estos compañeros, que tan lamentablemente se quejaba, en el fondo tiene razón. El cirujano eminente que le operó, amigo mío, sabe muy bien lo que hace en los actos quirúrgicos.

Sin embargo, creo necesario insistir en la necesidad que tiene el cirujano de conocer las condiciones estáticas y dinámicas de la máquina humana, especialmente del aparato de sustentación, y preocuparse menos al tratar, por ejemplo, de las extremidades inferiores, de que el muñón tenga esta ó la otra forma, sea más ó menos la cantidad de materia viva que se sustrae, siempre que se deje en

condiciones de poder ejercer la función auxiliada por medios mecánicos.

Es preciso, pues, conocer la estática y la mecánica del aparato de sustentación. Saber los puntos donde actúa la fuerza, y los medios que hay para transmitir esta actuación á otros de mayor resistencia, cuando sobre los que se debe apoyar son débiles ó enfermizos.

Teniendo estas ideas en la mente el cirujano, es indudable que podrá en muchos casos evitar la inutilidad social de un individuo

FIG. 1.ª—Radiografía de la pelvis de Francisco Ugarte, vista por detrás, antes de la operación.

á quien, sin bienes de fortuna, condenarle á la inacción es sentenciarle á la miseria y á la muerte.

Mas no quiero que se diga que no hago más que predicar; voy á dar trigo, exponiendo el siguiente caso:

Se trata de un enfermo llamado Francisco Ugarte Díaz, que vive en la calle de San Ildefonso, 28, de esta corte, y tiene doce años y medio en la actualidad.

Hace once años, es decir, cuando tenía año y medio de edad, empezó á padecer una coxalgia tuberculosa izquierda, que recorrió todos los períodos, llegando al final con la destrucción completa de la cabeza y el cuello del fémur.

La radiografía de la fig. 1.ª así lo demuestra.

Después de una larga supuración y destrucción articular se cerraron los trayectos hace cuatro años, quedando el muslo retraído sobre la pelvis, formando un ángulo de 125°, con suspensión, como es natural, en el crecimiento general del miembro.

Cuando este enfermo acudió á mi consulta particular en Diciembre del año próximo pasado, venía con nueve y medio centímetros de acortamiento en la pierna izquierda, el proceso tuberculoso agotado al parecer, flexión y rotación externa de la pierna, y dos muletas, con las cuales se auxiliaba para andar (figs. 2.ª y 3.ª).

FIG. 2.ª—Francisco Ugarte visto de frente (doce años y medio). Compárese la diferencia de altura en las rodillas y tobillos. Para que pueda sostenerse en pie le he colocado bajo la pierna izquierda un rimero de libros. Se percibe bien que toda la pierna izquierda está menos desarrollada.

FIG. 3.ª—Francisco Ugarte visto de perfil. Presenta una gran lordosis, rotación externa; y en la parte superior y externa del muslo, cicatrices de antiguas supuraciones.

Sin recursos para ser operado en su domicilio, le mandé ir al Instituto Rubio, y le inscribí en el libro de mi consulta para darle entrada cuando le correspondiera su turno. Llegado éste, el 1.º de Febrero del año corriente, ingresó en la Sala y expuse el caso á mis compañeros.

Entonces les dije:

«Señores: Este es un enfermo que he admitido para ser operado. Tiene doce años y medio, ha padecido una coxalgia supurada, quedando inútil para la vida social.

No puede andar, dado el acortamiento de la pierna izquierda, sino con muletas; es decir, que carece de condiciones estáticas para la sustentación y marcha.

Estoy ahora trabajando sobre las deformaciones de la cadera y medios de corregirlas.

Los que acuden al Dispensario de huesos y articulaciones han visto los enfermos que hemos tratado de deformaciones de la cadera, consecutivas á coxálgias.

En los casos más sencillos, anestesiamos al enfermo y hacemos la reducción (cuando el trocánter está rodado y subido) de un modo no cruento. Después lo mantenemos con un vendaje de escayola.

Al mes hacemos una segunda reducción, y aun otra tercera posteriormente, si es preciso, hasta conseguir la mayor perfección articular posible.

Queda después el tratamiento mecanoterápico, para restablecer lo que se pueda la función.

Pero el caso presente es más complicado, y estos medios son insuficientes.

Hay que acudir á la operación.

Se me presenta un buen caso de estudio, que debo aprovechar.»

Mas ahora se dirá: ¿qué va usted á hacer con un enfermo que viene tanto tiempo padeciendo, y tiene la pierna, á más de fija y anquilosada á la cadera, acortada enormemente por una detención en el crecimiento general del miembro, y una falta completa de cabeza y cuello en el fémur? ¿Qué va á resultar si toca usted un proceso tuberculoso antiguo?

Mas he aquí que ahora llamo yo á D. Federico y le pregunto: Maestro, ¿qué hago yo en este caso? Y D. Federico me da su consejo, como siempre, y me dice: *Prescinde de toda idea preconcebida; razona y discurre sobre lo que tocas y ves, sin mirar lo que dice Fulano ni Zutano, sino lo que dice el libro vivo del enfermo; y si tu razón te induce á intervenir (conociendo la disposición de las partes) y á mejorarlas, intervienes y las mejoras.*

Y con este consejo que traigo á mi mente, después de darle las gracias y quedarle reconocido, decido la intervención.

Y sigo pensando. Este enfermo ha tenido un proceso tuberculoso ó no tuberculoso de la cadera, creo que tuberculoso, que ha destruído por lo menos el cuello y la cabeza del fémur en totalidad. La cavidad cotiloídea debe estar muy agrandada; el rodete, borrado. La radiografía parece también demostrarlo.

Dada la potente tracción de los músculos trocanterianos, el trocánter ha rodado hacia afuera.

El dolor, en los primeros períodos de la enfermedad, obligó al muslo á ponerse en flexión permanente, determinando acortamiento

de los músculos flexores, porque la longitud muscular se regula á sí misma según la función que tiene que desempeñar. De aquí la gran lordosis (fig. 3.ª).

El enfermo, al andar con muletas, algo apoyaba la punta del pie izquierdo sobre el suelo, y este pequeño apoyo determinó la subida del trocánter. Éste debe encontrarse rugoso, desigual, adosado á la

FIG. 4.ª—Francisco Ugarte de frente, dos meses después de la operación. La herida cicatrizó por primera intención, y conserva el mismo vendaje que puse en el acto operatorio.

FIG. 5.ª—Francisco Ugarte visto de perfil, con el vendaje de escayola. Ha desaparecido la lordosis, y las extremidades inferiores se han igualado.

cavidad, rodeado de tejidos fibrosos de cicatriz, y con una pequeña é incompleta bolsa adventicia sinovial.

Proyecto de operación.—Restablecer la longitud del miembro, si se puede, tenotomizando el recto anterior, recto interno, semitendinoso y semimembranoso. Degollar todos los músculos trocanterianos y desbridar los tejidos resistentes que se opongan al descenso del miembro.

El día 8 de Febrero practiqué la operación, tal cual la había concebido.

Una vez degollados todos los músculos y tejidos fibrosos que se oponían al enderezamiento, hice la extensión y contraextensión de la pierna, poniendo un inguinal en el lado izquierdo.

El estiramiento se hizo, como es natural, forzadamente, hasta conseguir bajar el fémur y poner las dos piernas casi al mismo nivel. Quedaba el casi: un acortamiento de tres centímetros.

Rectifiqué la posición, haciendo desaparecer por completo la lor-

FIG. 6.ª—Francisco Ugarte. Compárese con la fig. 2.ª

dosis; coloqué un vendaje de escayola, como indican las figs. 4.ª y 5.ª, y después, en la cama, le puse extensión continua. Quería igualar las extremidades.

En efecto: tuve la suerte de que las heridas cicatrizaran sin la menor novedad, á pesar de haber operado en un territorio donde había hecho su evolución un proceso tuberculoso.

El vendaje de escayola en una pieza, sin ventanas, no lo corté hasta el 26 de Marzo, cerca de dos meses después de la intervención; en cuyo intervalo la extensión continua dió por resultado igualar por completo las dos extremidades, como puede verse en la figura 6.ª

Hoy resta un tratamiento consecutivo funcional muy importante.

Primero hay que vigorizar las masas musculares de la pelvis, muslo y pierna del lado izquierdo.

Después, movilizar la nueva articulación.

Posteriormente, impedir que el trocánter vuelva á ascender y se reproduzca el acortamiento.

Como este caso lo considero importante, expondré los resultados definitivos dentro de un año ó del tiempo que se invierta en la curación.

Dos casos de apendicitis tratados con el amasamiento.

POR EL DR. OSCAR ENGSTROM

Profesor de Mecanoterapia en el Instituto Rubio.

Al someter los casos siguientes á la consideración de los lectores de esta REVISTA, me apresuro á declarar, para evitar toda clase de interpretaciones y comentarios equívocos, que tratándose de la indicación del masaje como tratamiento en la apendicitis, no puede referirse, según mi parecer, más que al estado consecutivo, subagudo y crónico, nunca agudo, de la misma. Bueno es tener en cuenta esta reserva, porque en el extranjero se ha intentado amasar algunas veces la apendicitis aguda.

Primer caso.—El niño Luis L. D., de trece años de edad, hijo de opulenta familia madrileña, padece hace tiempo ataques de apendicitis. Algunas veces estos ataques sucédense con intervalos de quince días, y cada vez encuéntrase el enfermo á las puertas de la muerte.

El diagnóstico hecho por el Dr. Madinaveitia es apendicitis de repetición. Dicho doctor me recomienda, como es natural en caso tan delicado, una prudencia extremada en el tratamiento. Al reconocer al enfermo, aprecio una masa de exudados que ocupa la fosa ilíaca derecha é interesa el ciego y parte del colon ascendente. El paciente tiene estreñimiento pertinaz. Hice la primera sesión de masaje el 20 de Noviembre, siguiendo el tratamiento á sesión diaria hasta el 3 de Diciembre, ó sea en total 14 sesiones, cuando sobrevino otro ataque agudo. Al suceder esto, el Dr. Madinaveitia llamó en consulta á los cirujanos doctores Ramoneda y Ortiz de la Torre para oir su opinión respecto á la oportunidad de una intervención quirúrgica; pero se acordó insistir en el tratamiento anterior y volver, por lo tanto, al amasamiento dentro de un plazo que ellos juzgaron prudente.

En su consecuencia, volví á amasar á este enfermo el 7 de Febrero, continuando el tratamiento hasta el 15 de Marzo, invirtiendo en esta última etapa 30 sesiones. El enfermo se encontraba enton-

ces limpio de exudados, y desde 1898 hasta la fecha no ha vuelto á tener ninguna recaída; por lo cual se le puede considerar definitivamente curado de esta enfermedad.

Segundo caso.—D. Germán R. L. P., oficial de Administración Militar, había estado en Cuba, donde tuvo el vómito.

El Dr. Madinaveitia me lo mandó con el siguiente diagnóstico: «Apendicitis circunscrita, atonía intestinal, dilatación del estómago y del bazo». Empecé el masaje el 23 de Junio y lo continué hasta el 16 de Julio, habiendo aplicado durante este tiempo 14 sesiones. Después de cinco semanas de veraneo, el enfermo volvió otra vez al masaje el 26 de Agosto, y continuó entonces hasta el 22 de Octubre, con otro intervalo de quince días en Septiembre. En total, 49 sesiones. La masa de exudados había disminuído considerablemente, pero no del todo.

Estómago, bazo é intestinos tenían más tono y elasticidad; pero el enfermo no tuvo paciencia de seguir su curación hasta el fin, y á pesar de hallarse muy mejorado, ó justamente por lo mismo, dejó de acudir á mi casa. Durante el tratamiento no había ocurrido el menor incidente que hiciese temer una agudización ó conflagración general del peritoneo abdominal.

CONCLUSIONES

Como es natural, no se puede sacar conclusiones de alcance general fundándose en una estadística de dos casos solamente; pero la resolución de exudados en el peritoneo abdominal ha de ofrecer racionalmente gran analogía con la resolución de exudados en el peritoneo pelviano de la mujer, porque el proceso tiene que ser forzosamente muy parecido en uno y otro caso, con la diferencia solamente de que el primero, al mismo tiempo que tiene más energía para absorber, también tiene más disposición para inflamarse que el segundo. He tratado multitud de casos de exudados periuterinos en la clínica del Dr. Gutiérrez, y no tengo que lamentar más que un solo caso, en el cual hubo una agudización con calentura de alguna consideración, las cuales, sin embargo, se dominaron muy pronto con el reposo y los revulsivos. En mecanoterapia, se admite generalmente ahora que las fricciones circulares y vibratorias son antiflogísticas, y que ejercen acción sobre la fagocitosis. En su libro la *Kinésiterapie gynécologique,* Stapfer se pregunta si el masaje puede tener alguna influencia sobre la infección, ó si (con otras palabras) produce alguna reacción de los fagocitos, y dice: «Ce n'est pas illogique, et dès maintenant je suis disposé à l'admettre de par quelques faits, mais j'attends qu'ils se soient multipliés pour l'affirmer».

Como contestación á la pregunta de Stapfer, pueden servir las

recientes investigaciones de mi compatriota Ekgren, quien dice haber confirmado que durante el masaje aumenta el número de los leucocitos polinucleares.

Desde el punto de vista puramente mecánico, se comprende fácilmente que el masaje de los intestinos, sobre todo del trozo que se halla aprisionado, comprimido y paralizado por los exudados, favorezca la movilización del contenido intestinal; cuyo estancamiento, en forma de bolas excrementicias, producidas por la falta de energía en los movimientos peristálticos en sitio tan difícil como es la conjunción del íleo con el ciego, puede dar motivo á recaídas ó nuevas infecciones. En vista de lo antedicho, me atrevo á sentar, por lo tanto, las siguientes conclusiones:

1.ª El masaje es un medio eficaz y adecuado para conseguir la resolución y reabsorción de exudados, sean peritoneales, pelviperitoneales ó procedentes de otra región cualquiera.

2.ª La tan temida irritación mecánica no existe, por lo general, más que en la exuberante fantasía de algunos autores.

3.ª En la apendicitis de marcha subaguda y crónica se debe apelar al amasamiento, siempre que no haya sospecha de que existan adherencias ó bridas que estrangulen el intestino.

4.ª El mecanoterapeuta debe mantenerse á honesta distancia de la apendicitis aguda.

Madrid y Mayo de 1904.

Dos casos interesantes de traqueotomía.

COMUNICACIÓN PRESENTADA Á LA ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

POR EL DR. A. G. TAPIA

Jefe de la consulta de garganta, nariz y oídos en la Policlínica Cervera.

La traqueotomía es una operación perfectamente conocida y reglada. Yo no me atrevería á molestar la atención de la Academia, si en estos dos casos no creyera haber encontrado algo digno de interés. Además, siendo una operación que, en conciencia, todos los médicos deben saber practicar, ya que es operación vital y á veces tan urgente que no da treguas á la llegada de un compañero apto, me parece que todos los accidentes raros, todas las complicaciones poco comunes, todas las peripecias, en fin, que hayan sido resueltas favorable ó adversamente, deben relatarse, puesto que el médico general que se vea obligado á practicarla tiene su ánimo en condiciones muy poco abonadas para resolver problemas, y harto hará con aplicar lo que recuerde que otros hicieron en casos semejantes. Que la traqueotomía, siendo operación fácil, es imponente siempre,

y requiere, como decía Pelletan (1), mucha sangre fría y gran hábito de operar.

Y dicho lo anterior en mi descargo, voy á exponer en una nota brevísima, exenta de todo lo que no sea pertinente á mi objeto, las historias que motivan mi comunicación.

Observación 1.ª—B. S., de treinta y cinco años, casada, excelente constitución; ha tenido seis hijos, tiene cinco y está embarazada de seis meses. Se presenta en mi clínica de pobres el 4 de Noviembre del 1903, quejándose de gran dificultad para respirar, dolor en la garganta y ronquera.

Siempre ha moqueado mucho por la nariz: hace ya años la secreción es seca y fétida, costándole gran trabajo echar las costras, de las que sólo se ve libre lavándose la nariz. Ronquera por temporadas. Sequedad en la garganta. Nada de sífilis.

Hace ocho ó diez días empezó á ponerse ronca; pero desde hace tres tiene fiebre, dolor en la garganta al tragar y aun al hablar; y siente una dificultad tan grande para respirar, que la noche última ha creído ahogarse. Por consejo de su médico se ha puesto esponjas calientes en el cuello y ha venido á esta consulta.

Examen.—Rinitis atrófica ozenatosa. Aspecto atrófico de la faringe, con algún moco adherido que cae de la fosa nasal. A pesar de que los estenósicos de laringe son difíciles de laringoscopizar, en esta enferma fué fácil, y observamos la imagen típica de la *laringitis flemonosa* con predominio subglótico: los tres pisos de Fraenkel se aprecian claramente; las bandas ó cuerdas falsas, edematosas y rojas, dejan ver las cuerdas verdaderas, rosáceo-amarillentas, edematosas también, cilíndricas; y por debajo de éstas se ve el rodete subglótico, último piso de Fraenkel, constituyendo estos tres escalones una rampa bilateral que estrecha la luz laríngea en tanto mayor grado cuanto más en ella se desciende, hasta el punto de que el orificio que deja el rodete subglótico apenas permite subvenir á las necesidades de la respiración.

Ronquera acentuada, fiebre de 38,5°, cornaje intenso. A poco de reconocerla le da un acceso de espasmo laríngeo intenso, que cedió con esponjas calientes y atmósfera mentolada: en aquel momento no teníamos las cánulas de traqueotomía.

No exploramos el pecho, dada la ausencia de antecedentes que hicieran sospechar enfermedad.

El diagnóstico era perfectamente claro; y teniendo presente la recomendación de Castex, Grundwal, Cisneros y todos los que cultivan esta especialidad, propusimos urgentemente la traqueotomía,

(1) Citado por Farabeuff.

que si en este caso ya estaba vitalmente indicada, siempre que de laringitis flemonosa se trate debe hacerse prematuramente.

Convinimos, pues, traqueotomizar en aquella misma mañana; pero la familia se opuso, á pesar de nuestra insistencia. Convencido de la necesidad de esta operación, dejé en la casa los instrumentos necesarios, con la recomendación de que si la respiración empeoraba, avisaran al médico más próximo al mismo tiempo que á mí.

A las nueve de la mañana del siguiente día el cornaje se acentuó de modo alarmante: llaman al médico más cercano, quien reconociendo la necesidad de operar, les recomendó que avisaran á la Casa de Socorro; y cuando al cabo de cierto tiempo el médico de guardia llegó, el sacerdote terminaba de dar la Extremaunción á aquella pobre mujer, que cianósica en extremo, sin conocimiento ni movimiento ni sensibilidad, yacía en la cama en un estado difícil de apreciar si se trataba de vida ó de muerte. En estas condiciones no creyó oportuno intervenir.

Momentos después (once de la mañana) la vimos. Más que cianósica, negra; el pulso en la radial no se notaba, pero el corazón, aunque imperceptiblemente, latía aún: era la única señal de vida que presentaba aquel cuerpo inanimado; era que el *últimum moriens* se estaba muriendo ya. Con gran extrañeza de mi amigo el Dr. Casado, que creía inútil completamente la operación, cogí el bisturí y la cánula, y en menos de dos minutos hice la traqueotomía, observando todos salida de pus, aunque en muy escasa cantidad, al seccionar la tráquea.

Acostumbrados á ver el tumultuoso entrar y salir de aire por la herida traqueal en los traqueotomizados, sorprendía la inocuidad con que este tiempo azaroso de la traqueotomía aconteció en esta enferma. Y es que la sensibilidad era extrema y los reflejos normales estaban abolidos.

En el acto, y para evitar que cayera la sangre y el pus á los bronquios, la colocamos con la cabeza más baja que el cuerpo, y entretanto hacíamos respiración artificial, excitábamos aquel organismo por todos los medios que en estos casos se recomiendan. No conseguimos nada: la pobre mujer seguía insensible, y nosotros temiendo ya no poder volverla á la vida. En esta situación, se me ocurrió tocar, con un alambre guatado en un extremo (1), la bifurcación traqueal, pues sabiendo, desde los trabajos de Nothnagel, que éste es el sitio de mayor sensibilidad de la mucosa respiratoria, allí habrían de despertarse, mejor que en otro punto, los reflejos. Y, en efecto, apenas excitamos el espolón traqueal, se produjo un golpe de

(1) El algodón debe ir perfectamente sujeto, para que no se quede en la tráquea: esto sería muy peligroso.

tos; y, repetida la maniobra varias veces, conseguimos, después de una faena titánica de tres cuartos de hora, que la infeliz mujer reaccionara. ¡Fué una verdadera resurrección!

Este hecho bastaría para explicar la publicación de la presente historia; pero el curso ofrece también particularidades muy dignas de mención.

Los dos días siguientes á la operación cedió la fiebre, la respiración se hacía muy bien; y aunque el pulso se mantenía en 120 pulsaciones, nosotros lo atribuíamos á la intoxicación carbónica del bulbo. Al tercer día me avisaron con urgencia, porque la enferma se ahogaba: un moco seco obturaba el orificio traqueal de la cánula, impidiendo la entrada del aire. Extracción con la pinza de falsas membranas y restablecimiento de la respiración.

En los días sucesivos de tal modo se formaban costras enormes en la tráquea por debajo de la cánula, que era menester estar constantemente extrayéndolas, pues la enferma se ahogaba. Hubo noche que me llamaron tres veces por este motivo. En una de estas ocasiones, después de limpia la tráquea, aún seguía el ahogo; y comprendiendo, por la índole especial del tiro y por el buen estado de los pulmones, que se trataba de obstáculo en las vías superiores, y descartada la tráquea, que estaba limpia, atribuímos la oclusión al arranque de los bronquios gruesos y propusimos su escobillonaje. Llamaron en consulta al Dr. Botella, quien, conforme con la opinión mia, introdujo una pinza larga y extrajo un moco seco, del aspecto y color de una ciruela pasa, que modelaba el espolón traqueal, sobre el cual cabalgaba, obturando en parte los bronquios derecho é izquierdo. En el acto la enferma respiró libremente.

A las ocho, vuelta otra vez con los mismos ahogos: extraigo la cánula, introduzco la pinza, y saco otro moco análogo al anterior, aunque no tan grande. Limpio la tráquea con aceite mentolado, y coloco la cánula. Todo esto hecho con las correspondientes precauciones de asepsia.

Cuando ya parecía que nos íbamos librando de las impertinentes costras, al quinto día de la operación se presentan escalofríos, fiebre, disnea y tos; pero no la disnea de inspiraciones profundas y tiro enorme, sino la disnea típica de falta de campo pulmonar. La bronconeumonia se había declarado. Se dispuso la medicación apropiada á estos casos; al sexto día de bronconeumonia (onceno de la operación) tuvo un aborto; después de él mayor elevación de temperatura, y muerte á los catorce días de operada.

*
* *

El caso expuesto se presta á algunas observaciones. Afortunadamente, hoy van siendo menos frecuentes los casos de asfixia tan

avanzada como el relatado, porque con la laringoscopia se prevén los acontecimientos y se traqueotomiza con tiempo.

El caso que nos ocupa muestra que por muy acentuada que sea la asfixia—y más que en el caso presente no puede ser,—deben esperarse de la traqueotomía resultados brillantes.

Yo no dejaré de insistir ni de recomendar la excitación del espolón traqueal, pues de su efecto salvador en este caso quedamos admirados y convencidos el Dr. Casado y yo. Y es preciso insistir; tanto más, cuanto que es un procedimiento que no veo citado por ninguna parte.

Otro hecho interesante y grave es la producción de costras por debajo de la cánula (1). Este fenómeno en nuestra enferma parece explicable, si recordamos que era ozénica y que la respiración por la cánula, y la traqueítis—producida por continuidad del proceso laríngeo y por la presencia de la cánula misma,—favorecían la formación del exudado y facilitaban su concreción. De todos modos es complicación grave, y á mi juicio debe pesarse entre las contraindicaciones de la traqueotomía en los ozénicos; claro es que hay casos como el referido en que la traqueotomía se impone y no debe dejar de hacerse por nada.

La formación de costras grandes traqueales ha sido observada por Cisneros, Botella y Horcasitas en traqueotomizados por cáncer, sin ozena. Son observaciones inéditas, y yo no dudo que, como la cosa tiene importancia, de ellas harán concienzudo estudio los citados laringólogos.

Observación 2.ª—El día 3 de Febrero recibo una nota de mi querido amigo el Dr. Guerra, para que llevase con urgencia los instrumentos de intubación para un niño que se ahogaba por estenosis laríngea. Érase un niño de treinta meses que llevaba dos días ronco y uno con dificultad respiratoria laríngea progresivamente creciente. Apenas fiebre, nada de falsas membranas en garganta ni en nariz, ningún infarto ganglionar.

No obstante, por si acaso se trataba de *croup d'emblée*, le puso el Dr. Guerra 20 c. c. de suero Roux. En vista de que el cornaje se acentuaba, creyó conveniente intubar y me avisó con tal objeto.

El cornaje era tan intenso, y tan urgente la necesidad de intervenir, que no creímos oportuno hacer laringoscopia forzada á lo Escat, y procedimos á la intubación.

Colocado el tubo corto de Bayeux, apropiado á su edad, el enfermito seguía ahogándose. Y no cabía duda de que el tubo estaba bien colocado, porque así lo demostraba el ruido tan característico

(1) Circunstancias ajenas á mi voluntad me impidieron hacer análisis bacteriológico de las costras traqueales.

que el aire producía al entrar y salir en él. ¿Sería una falsa membrana que le obturase parcialmente? Desintubé, y su permeabilidad contestó negativamente á esta pregunta. Era indudable que el obstáculo, el edema subglótico, llegaba más abajo que la longitud del tubo; y puesto que éste no servía, traqueotomicé (1).

Nada de particular ocurrió hasta el segundo día de la operación, en que se produjo una secreción traqueal muco-purulenta abundantísima, que al secarse dificultaba la respiración casi en el grado que en la enferma anterior; hasta el punto de que, como ella, nos tuvo en jaque constante.

Una vez quitado el moco seco que le impedía respirar, se oía el gorgoteo producido por el aire al pasar por la tráquea, llena de dicha secreción. El exudado desecado, blanco-amarillento, era muy distinto por su aspecto al de la enferma de la observación 1.ª, y lo era también por su manera de formarse. En aquélla, apenas la secreción nacía en la tráquea se desecaba en ella; y cuando después de una serie de estratificaciones se ocluía la luz traqueal ó brónquica, venían los ahogos, y la adherencia misma dificultaba su extracción.

Es sabido que la mucosa traqueal es muy tolerante y permite á las masas costrosas acumularse poco á poco sin provocar otros síntomas que los de obstrucción mecánica (2).

En el enfermito que refiero, el exudado libre en el conducto traqueal se desecaba en las vecindades del orificio canular interno, formando bloques pequeños, libres y relativamente de más fácil extracción.

Los pulmones se encontraban permeables y sanos; los bronquios gruesos, afectos de bronquitis, con estertores de gruesas burbujas.

Aquí se nos presentaban varias cosas que resolver: 1.ª, evitar la secreción ó por lo menos hacerla más fluida; 2.ª, facilitar su evacuación evitando que se desecase.

La *medicación* empleada con el primer fin por el Dr. Guerra, notable clínico de cuya pericia en enfermos del aparato respiratorio no cabe dudar, no nos dió resultado; y la evacuación de las secreciones tráqueo-bronquiales mediante los vomitivos, nos parecía contraindicada en el presente caso.

Una noche, cuando el exudado muco-purulento era mayor, me pareció que la bomba salivar que Killiam emplea para limpiar de exudados los tubos broncoscópicos y facilitar la visión, había de

(1) En la Clínica de Marfan, en el Hôpital des Enfants Malades, de París, vimos un niño en quien después de algunos días de intubado se produjo por encima del tubo un edema que le ocultó, determinando los síntomas asfíxicos correspondientes. No pudiendo desintubar, hicieron la traqueotomía, apreciando la situación del tubo con los rayos X.

(2) Dupont: *Sur un cas d'ozene trachéal à forme asphyxique.* Travaux de la clinique du Dr. Moure, 1896.

darnos buen resultado, supliendo los expectorantes sin tener sus inconvenientes.

Y adaptando á la bomba una sonda uretral de caucho, que introdujimos hasta una profundidad traqueal conveniente, á través de la cánula, hicimos una serie de aspiraciones; y bien pronto, á la vez que desembarazábamos la tráquea, el gorgoteo desaparecía, y la respiración quedó normalizada, con gran contentamiento de todos, singularmente del Dr. Bermejo, que lo presenció. Una enfermera del Instituto Rubio quedó de guardia, repitiendo las aspiraciones cada vez que era necesario.

A las cuarenta horas la formación de la secreción estaba tan disminuída que dejó de hacerse la aspiración, y el pequeño entró en franca convalecencia. Hoy está curado.

***

Hago mención del caso referido como una nueva aplicación de la bomba de Killiam.

Diversos apuntes clínicos.

POR D. RAFAEL GARCÍA DE ARIAS

Del Instituto Rubio.

Bajo este epígrafe me propongo dar á la publicidad las historias clínicas de mi práctica—que juzgue yo interesantes por cualquier concepto;—y, además, pienso en su día coleccionar los casos análogos y sacar la conclusión ó conclusiones clínicas que lógicamente se desprendan de su estudio en conjunto.

Sirvan estas líneas de introducción á las dos primeras historias que se publican en este número.

UN CASO DE QUISTE TUBO-OVÁRICO.—M. L. F., de veinticinco años, casada hace tres (el 8 de Marzo de 1901), no ha tenido partos ni abortos. Reglada á los quince años, sus menstruaciones fueron normales en cantidad y duración hasta un año antes de casarse, en que á consecuencia de un esfuerzo empezó á tener dolores en los lomos, y sus reglas fueron escasas y dolorosas. La vida matrimonial agravó su situación, ocasionándola una neuralgia lumbo-sacra seguída de ataques histéricos, y la dismenorrea era más acentuada. Existía además leucorrea, falta de apetito y estreñimiento pertinaz.

La dolencia actual data, según la enferma, desde que se casó; habiendo sido reconocida por distinguidos comprofesores, cuyos diagnósticos han sido muy vagos, si bien la mayoría de ellos aconsejaba el legrado uterino.

Al solicitar la paciente mis cuidados traté de indagar si el proceso era gonocócico, tuberculoso ó de otra índole; y mis investigaciones tuvieron un resultado negativo.

Reconocida por palpación abdominal, me encontré con un tumor quístico, múy alto, de 250 á 300 c. c. de volumen, según mi cálculo; tumor que desaparecía al explorar, como aconseja Tillaux para darse cuenta de si es parietal ó cavitario.

Por medio de la palpación combinada no pude apreciar con exactitud la situación del útero y de los anejos por las adherencias que había, consecutivas á un proceso pelvi-peritonítico antiguo; pero mediante el reconocimiento instrumental y rectal me apercibí de la pequeñez del útero, y de que éste se encontraba en retroversoflexión derecha y por debajo del tumor abdominal. Por si acaso se trataba de tumor fecal, y para completar el examen, mandé á la enferma que se purgara y se pusiera enemas; y una vez hecho esto, confirmé mi diagnóstico de tumor abdominal quístico, pero no pude apreciar á qué órgano correspondía.

Como tratamiento propuse la extirpación, y más adelante la colocación de un tallo intrauterino de aluminio para corregir la desviación y la estenosis cervical.

El día 2 de Marzo de 1904 intervine por laparotomía media infraumbilical; y abierto el vientre, encontré que el tumor quístico, de color azulado, central, estaba cubierto por una delgadísima envoltura serosa y fenestrada; comencé cuidadosamente su enucleación separando esta tenue capa envolvente; el tumor se rompió, y su contenido, líquido, seroso y de color amarillo pardusco, se vertió (unos 500 c. c.); terminé su enucleación y lo extirpé, colocando tres ligaduras á unos dos centímetros de distancia del borde uterino. Puse cura de Mickulicz en el antro que había ocupado el tumor, y cerré la herida abdominal con la sutura rápida de Jonnesco, dejándola abierta en su comisura inferior. Ningún contratiempo ocurrió durante el acto operatorio, invirtiendo veinte minutos en la enucleación y extirpación del quiste, y en toda la intervención hora y media.

El tumor extirpado era un quiste tubo-ovárico izquierdo, englobado por un quiste adventicio, intraligamentario y fuertemente adherido al borde y cara posterior del útero; y tanto éste como el tumor y los anejos del lado derecho (que no fué posible verlos por estar recubiertos de gruesas membranas), ó sea, todo el aparato genital interno, estaban situados entre las dos hojas serosas del mesocolon pelviano, en la disposición representada en las figs. 1.ª, 2.ª y la lámina suelta.

Se ve que el colon pelviano cruza la parte más alta de la pelvis de izquierda á derecha, doblándose al nivel de la ampolla cecal, penetrando por un antro seroso para continuarse con el recto; la

hoja posterior de su meso se continúa por delante con el peritoneo que reviste el fondo de la vejiga, y por las partes laterales con el que tapiza las concavidades del estrecho superior, siendo esta anómala disposición anatómica la causa de que el útero y sus anejos estuviesen alojados ó aprisionados entre las dos expansiones serosas que forman el mesocolon pelviano, lo mismo que está un quiste intraligamentario entre las hojas serosas del ligamento ancho. No cabía confundir el aspecto que tiene el peritoneo visceral con el que presentan las neomembranas producto de la organización de los exudados pelvi-peritoneales. Esta disposición anómala, é indudable-

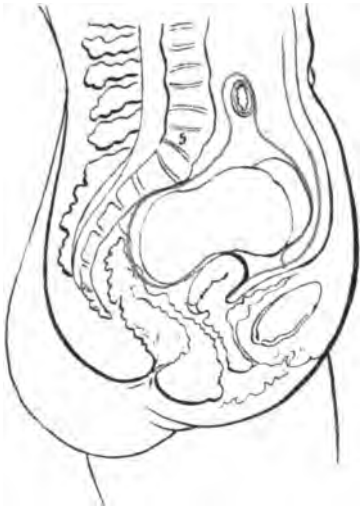


FIG. 1.ª

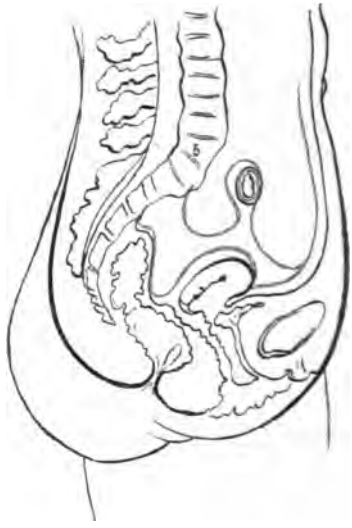


FIG. 2.ª

mente congénita, era á mi juicio la causa determinante de gran parte de los trastornos funcionales del aparato sexual de la enferma.

El curso post-operatorio fué el siguiente: durante las veintiuna horas posteriores á la operación, tuvo la enferma violentos y persistentes vómitos, que la deprimieron considerablemente; el día 4 por la mañana se le puso una inyección de 300 c. c. de suero Hayem, y se le dió leche con coñac; á pesar de haber cesado aquéllos, restablecídose el curso intestinal, no tener aumento de temperatura y administrarle estimulantes y tónicos cardíacos, sucumbió á las cincuenta y ocho horas de la intervención.

Para comprender bien las diversas disposiciones del colon pelviano, véanse el primer número de esta REVISTA *(Sorpresas de la cirugía abdominal*, por el Dr. E. Gutiérrez) y la *Anatomía* de Poirier.

Observación.—La disposición del aparato génito-urinario de esta enferma, del colon pelviano y de sus envolturas serosas, así como las relaciones que éstas guardan entre sí, son las descritas brevemente y con la claridad posible más arriba. Ahora bien: esta hoja serosa anterior—representada en la figura en color—y que oculta el aparato génito-urinario, ¿es sencillamente una de las dos hojas serosas que

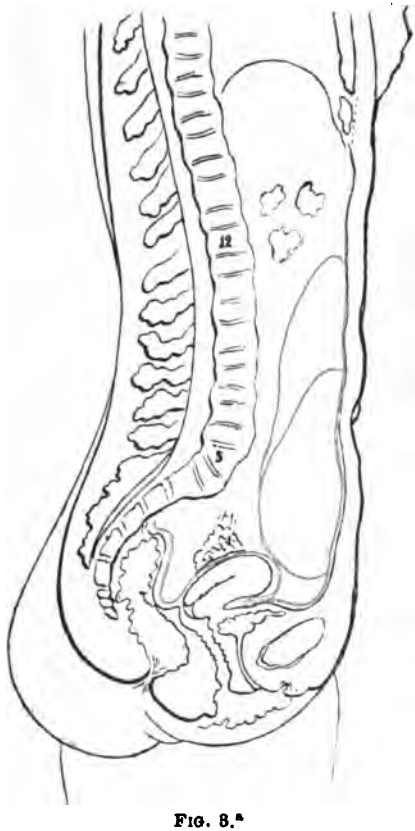


FIG. 3.ª

forman el meso del colon pelviano, ó es la serosa reforzada ó agrandada por una neomembrana? Yo creo que es una de las serosas del mesocolon pelviano, por las razones siguientes:

a) Los caracteres macroscópicos de la mencionada serosa eran los peculiares del peritoneo sano: color blanco brillante, con ligero viso azulado, transparentándose los vasos arteriales y venosos que serpean bajo su superficie; flexible, muy homogénea y sin presentar implantaciones, ni de bridas inflamatorias, ni de neomembranas pequeñas ó grandes.

b) Que en ninguno de los casos de peritonitis con exudados or-

ganizados, que he ayudado á operar y he operado, he visto que las falsas membranas grandes tomasen una disposición—no ya igual—ni siquiera parecida á la del caso que nos ocupa. No haré mención aquí sino de tres casos de peritonitis tuberculosa con ascitis, operados, uno por el Dr. Gutiérrez, otro por el Dr. Botín y otro por mí. La disposición y forma que tenían las extensas membranas de nueva formación en la cavidad abdominal era la indicada en la figura 3.ª

En la enferma operada por mi amigo el Sr. Botín, el líquido ascítico estaba alojado dentro de una gran bolsa gruesa, apergaminada, intensamente roja, de superficie homogénea: de la parte más alta y externa de esta bolsa colgaba un grueso y largo cordón, que se extirpó; no se veía ningún órgano abdominal ni pelviano. El caso operado por mi profesor el Dr. Gutiérrez—lo mismo que el anterior—había tomado la forma monoquística: la cavidad abdominal estaba dividida en dos por una falsa membrana de iguales caracteres físicos que los del caso anterior, con la diferencia de que su superficie interna y las externas del útero, anejos y vejiga—cuyos órganos se veían—estaban sembradas de pequeñas bridas y falsas membranas; no se veían intestinos ni ninguna otra víscera. No describo el caso por mí operado, por ser igual que el del Dr. Gutiérrez.

Un caso de epiploítis y lesión del íleon.—J. G., natural de Calatayud, de cuarenta años, robusto, labrador.

Antecedentes patológicos de familia.—Ninguno relacionado con la enfermedad actual: su madre murió del cólera, á los cuarenta y siete años; y su padre, que tiene ochenta años, goza de buena salud.

Antecedentes patológicos individuales.—No recuerda nada de las enfermedades que pudo sufrir en la infancia y adolescencia. En 1.º de Octubre de 1898 le invadió la viruela, y cuando la erupción estaba verificada, con motivo de un enfriamiento desapareció el exantema y apareció el enantema, poniendo en gravísimo riesgo su vida; el período de supuración se presentó al octavo día, y el enfermo tuvo diarrea fétida, eliminando pus en gran cantidad y sangre, mezclado con las heces fecales; la viruela le obligó á guardar cama por espacio de un mes. Dos meses más tarde tuvo un cólico con dolores abdominales en el lado izquierdo de la región hipogástrica, haciendo también cama durante ocho días. En Octubre de 1899 padeció una oftalmía catarral de mes y medio de duración. En Marzo de 1900, ictericia infecciosa benigna, ligeramente febril; duró cinco meses; y por último, en Enero de 1901, á consecuencia de una caída sobre el talón, desde una altura de tres metros, estuvo cojo y no mejoró hasta cuarenta días después del accidente.

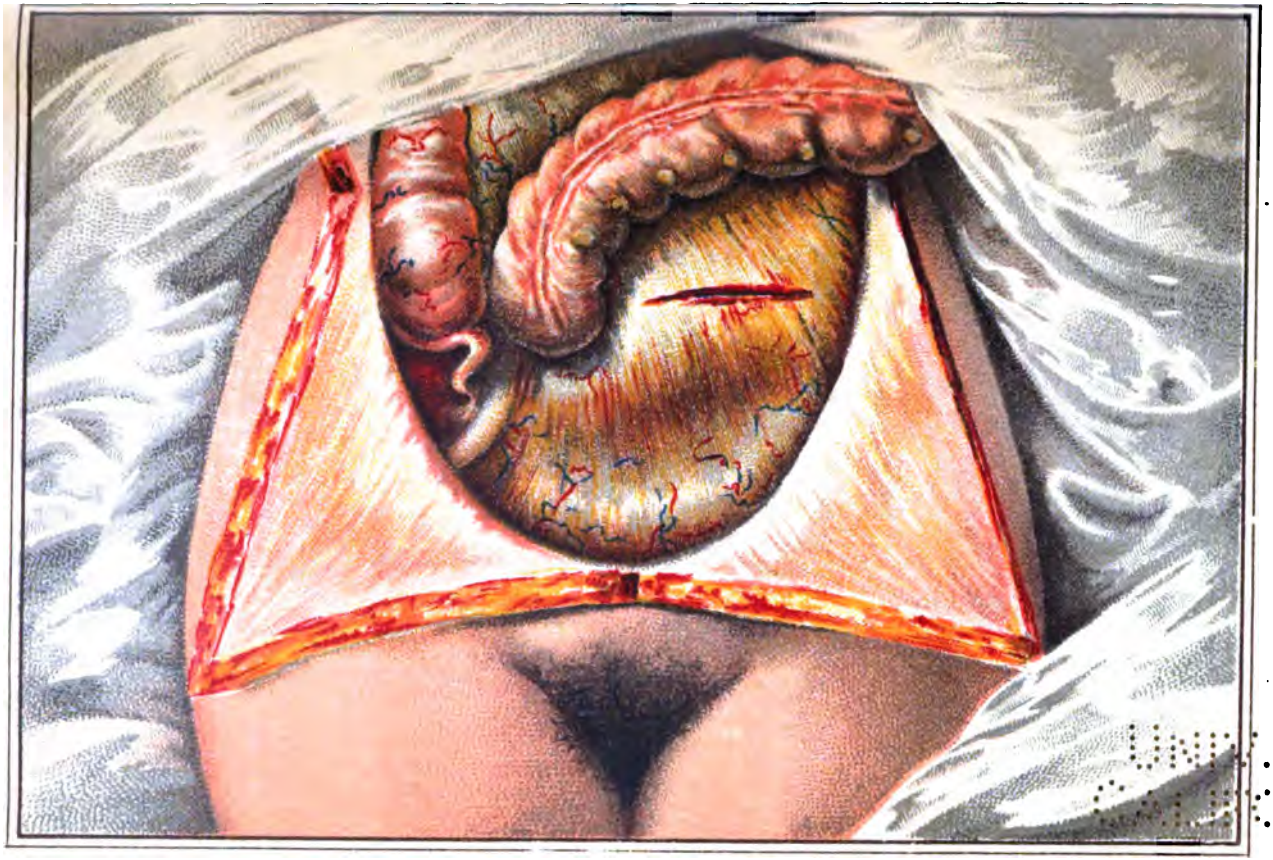
EXPLICACIÓN DE LAS TRES FIGURAS

INTERCALADAS EN EL TEXTO

Fig. 1.ª (pág. 260).—*Diagrama del quiste tubo-ovárico intraligamentario, visto de perfil.* Indica las relaciones del tumor con los órganos vecinos; y la línea roja, la disposición, relaciones y continuidad de las cubiertas serosas de estos órganos y el colon pelviano.

Fig. 2.ª (pág. 260).—*Diagrama que representa la disposición en que quedaron* el útero, la vejiga y el colon pelviano después de la intervención.

Fig. 3.ª (pág. 261).—*Sección sagital media del tronco de una mujer*, en que las líneas rojas demuestran la disposición de los tabiques que se forman en la peritonitis tuberculosa de forma ascítica.



UNIV. OF CALIFORNIA

Lith. Arlenas. T.

СУПЬОННУ
ПИА' ОЬ

Dice que hace ocho meses había tenido, de pronto, un dolor intensísimo en el abdomen, profundo, hacia la región renal derecha, con propagación al mismo lado del tórax. Este dolor, acompañado de fiebre que oscilaba entre 38° y 39°, era intermitente. Tuvo anorexia, estreñimiento unas veces, y otras diarrea.

El período agudo y febril de la enfermedad duró los quince primeros días: el dolor, que era accesional y muy vivo, permaneció localizado los dos primeros meses en la región indicada anteriormente y después se hizo más extenso; adquiriendo el carácter de verdaderas enteralgias, con sensación de quemazón y dolor, que producían mayor malestar y angustia en las regiones epigástrica y umbilical. Durante el ataque doloroso se encorvaba hacia adelante, eructaba ruidosamente, tenía náuseas, hipo y un malestar indescriptible. Estas crisis se repetían varias veces al día, indistintamente, en estado de vacuidad ó repleción gástrica, antes y después de comer.

Los cuatro meses siguientes los pasa mejor, pero sin desaparecer ninguno de los síntomas descritos, y ni un día le ha faltado la neuralgia abdominal; al contrario, se hizo gravativo el dolor en los dos últimos meses, el vientre aumentó unos 30 centímetros en su circunferencia á nivel de la cintura, sufriendo grandes pérdidas en su nutrición. Imposible todo trabajo.

Varios profesores le han visto: dos de ellos diagnosticaron cirrosis hepática; otros no emitieron diagnóstico alguno, si bien reconocían su estado grave.

Á mediados de Marzo de 1903 se presentó en mi consulta, y he aquí lo que encontré: regiones epigástrica y umbilical, ligeramente aumentadas de volumen; sensación de oleada líquida en toda la superficie anterior del vientre, mucho más perceptible en la zona epigástrica; noté, con mucha vaguedad, abolladuras y diversidad de consistencia en el peritoneo parietal correspondiente á dichas regiones, en cuya parte media existía macicez absoluta.

Con todos estos datos formulé el diagnóstico de «peritonitis tuberculosa con ascitis», é indiqué como tratamiento la laparotomía, que podía resultar ó simplemente exploradora ó curatriz.

Aceptada la intervención, practiqué ésta en la siguiente forma: incindí el vientre en la línea media y por debajo del ombligo; al prolongar después la incisión por arriba, un violento vómito proyectó fuera de la herida todo el paquete de intestinos delgados; relajado de nuevo el enfermo, reconocí detenidamente éstos, el gran epiplon y el colon transverso, destruyendo á la vez una fuerte y ancha adherencia de un trozo de epiplon á la cicatriz umbilical, y encontré las lesiones siguientes.

El íleon, en su porción terminal y en una extensión de un metro, disminuído de calibre, endurecido, y por tanto abolida en parte su

contractilidad, de color rojo violáceo y como incrustada su capa muscular, de lentejas en el borde libre, y de anillos en el borde mesentérico, adoptando el conjunto la figura que tienen los vergajos de toro retorcidos; el gran epiplon ú omento, grueso, conglomerado y apelotonado en la región epigástrica; por último, el peritoneo, revestido de una capa de grasa de unos dos centímetros de espesor; y en la línea media y dentro de la cavidad, dos conglomerados de grasa en la zona epigástrica y otros dos en la umbilical, que tenían el aspecto de lipomas. No había ascitis.

Repuesta la masa intestinal en su cavidad y colocado el omento encima, suturé en tres planos la herida abdominal: para el peritoneo, sutura continua é interrumpida con catgut; la masa aponeuro-muscular, con hilo grueso de plata; y la piel y tejido célulo-grasoso subyacente, con sutura entrecortada de seda.

El curso post-operatorio fué el siguiente: en la tarde y noche del 17, vómitos abundantes; pulso, 106; temperatura, 38°,6.

Día 18.—Persisten los vómitos; pulso, 120; temperatura, 38°,9. Prescribo 60 centigramos de calomelanos, que toma á las nueve de la noche.

Día 19.—Continúan los vómitos; el enfermo ha hecho dos deposiciones á beneficio de unos enemas que se le pusieron á las cinco de la madrugada. No hay dolor ni molestia, ni timpanismo en el vientre. Temperatura por la mañana, 38°,9; pulso, 125. Nueva irrigación intestinal abundante y con sonda rectal rígida. Dispongo dos onzas de aceite de ricino en cápsulas, agua oxigenada y champagne helado. Ceden los vómitos unas horas, para reaparecer á las dos y media de la tarde. Á las cuatro de la misma: temperatura, 38°,9; pulso, con muy poca tensión y 130 á 140 pulsaciones. Existe permeabilidad intestinal. Continúan los vómitos, y en doce horas apenas si ha emitido 15 gramos de orina. Por indicación de un querido colega accedo á que se haga un lavado de estómago, con ocho ó diez litros de agua hervida, y prohibo después la ingestión de *todo* por la boca, incluso el agua. Enemas alimenticios cada dos horas. Inyección de 100 centímetros cúbicos de suero Hayem.

Día 20.—*Por fin* han cedido los vómitos; pulso, 120; temperatura, 38°,4. Una cucharada de leche cada dos horas. Siguen los enemas alimenticios.

Día 21.—Continúa la mejoría, y suprimo los enemas alimenticios.

El día sexto, después de la operación, expulsa gases por el ano, cosa que hacía ocho meses no había realizado.

Le quité los puntos de sutura el día 27, y vacié un extenso absceso subcutáneo que se había abierto en las comisuras superior é inferior de la herida.

Paulatinamente fuí cambiándole de alimentación. El enfermo mejoraba de día en día: desaparecieron la enteralgia, el hipo y los eructos; y fué dado de alta el 17 de Mayo 1903, poniéndole un régimen alimenticio adecuado.

En Agosto le volví á ver: le encontré muy mejorado; y en la actualidad está bien.

Observación.—En este enfermo todos los profesores que lo vimos nos equivocamos en el diagnóstico.

Lo que resulta evidente del estudio detenido del caso, es que este enfermo padecía una epiploítis que motivó la adherencia de parte del omento al peritoneo parietal, y una extensa lesión inflamatoria del íleon; siendo ambas lesiones la causa eficiente de los trastornos funcionales del tubo digestivo.

Como no se practicó análisis histológico del conglomerado grasoso peritoneal que extraje con ese fin, aunque el aspecto macroscópico del íleon enfermo corresponde al de la enteritis tuberculosa, no puede darse ese diagnóstico como seguro, máxime con los antecedentes que nos ha suministrado el paciente; creo mucho más lógico suponer que las mencionadas lesiones son consecuencia de la terrible infección variolosa que sufrió en 1898.

ARTÍCULOS CIENTÍFICOS ORIGINALES

INFLUENCIA DE LA GRAVEDAD EN OBSTETRICIA

Y SU APLICACIÓN AL CAMBIO DE PRESENTACIÓN Y POSICIÓN FETAL, Y AL ÚTERO GRÁVIDO EN RETRODESVIACIÓN (1).

POR EL DR. MARTÍNEZ CERECEDO

Del Instituto Rubio.

I

Aplicaciones de las leyes de gravedad á los cambios de presentación y posición en el embarazo y parto.

La influencia de la posición vertical y genu-pectoral en la gestación y en el parto, aplicable á la conversión de una posición en otra, esto es, á las mutaciones ó transformaciones de una posición en otra, es un asunto virgen en tocología, y que merece los honores de dedicarle alguna atención.

La causa del olvido de la acción de la gravedad en el embarazo y parto tiene su origen, en mi concepto, en la admisión exclusiva de la teoría fisiológica como único fundamento de la acomodación, y el abandono indebido de la teoría mecánica ó física, gracias á la influencia poderosisima de Dubois.

La teoría aristotélica, sostenida todavía por eminentes tocólogos, sufrió un rudo golpe con los experimentos de Dubois, reputadísimo profesor de la Clínica de partos de París. Sin embargo de dichos experimentos, no se deduce que se deba prescindir en absoluto de la influencia de la gravedad para explicar la actitud del feto en la cavidad uterina; puesto que, tanto de dichos experimentos como de los de Ducan y Veit, se deduce que el centro de gravedad del feto se halla más próximo á la cabeza y al dorso que á la pelvis. Keherer también probó que la cabeza tiene mayor tendencia que la pelvis á descender; pero Höning ha ido más allá todavía, estudiando la influencia de la actitud de la embarazada en la posición fetal.

Yo recuerdo, á este respecto, una observación que escuché á mi sabio maestro el Dr. Andrey, catedrático de Obstetricia de Santiago.

---

(1) Trabajo presentado á la REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS para el concurso de Junio de 1904. PREMIADO, *con 250 pesetas.*

Decía: «La experiencia me autoriza para aconsejar que la parturiente debe adoptar, durante el primer período del parto, la posición vertical; por haber observado que no sólo la presentación de vértice, sino también la posición anterior, es más frecuente en las que permanecen de pie durante el primer período del parto, que en las que se acuestan desde la aparición de los primeros dolores».

Esta confesión de mi maestro le convertía en ecléctico ó partidario de la influencia simultánea de la teoría física y fisiológica: pues por más que rechazaba en sus escritos la teoría fundada en la gravedad específica superior de la cabeza, arrastrado por los trabajos de Dubois, que se estimaron como incontrastables, y admitía la teoría de Cazeaux, fundada en el modo de desarrollarse el útero (muy racional y fisiológica, puesto que hasta el sexto mes crece á expensas de su fondo y parte superior, y en los tres últimos meses, de su segmento inferior), por más que, al teorizar en clase, admitía exclusivamente la teoría fisiológica, al lado de la parturiente daba el consejo referido, donde evidentemente se confirma la influencia beneficiosa que atribuía á la gravedad; y por lo tanto, como clínico, no sólo admitía la teoría mecánica, sino que procuraba obtener de ella ventajas, precediendo muchos años á los tocólogos futuros que intenten deducir aplicaciones de las observaciones de Höning y otros tocólogos eminentes.

De lo dicho se infiere que en la práctica opinaba como Kehrer y Höning respecto á la influencia de la gravedad en la presentación y posición fetal, cuyo influjo admiten también Olshausen y Veit.

Si admitimos la etiología de la gravitación sobre la actitud del feto en la cavidad uterina; si por otra parte aceptamos la posibilidad de mutaciones en el último mes del embarazo, y hasta en el parto (como necesariamente tenemos que admitir por las observaciones de Schœder y otros, que confirman que un niño se presentó sucesivamente de vértice y de nalgas en el acto del parto, habiendo nacido con una bolsa sero-sanguínea en la nalga y otra en el cráneo), necesariamente debemos utilizar dicha gravedad y dichas mutaciones en la clínica obstétrica.

Como la observación demuestra ostensiblente que el curso y el pronóstico del parto en las posiciones occípito-posteriores no es esencialmente idéntico á las occípito-anteriores, por más que eximios tocólogos afirmen otra cosa, de ahí que necesite puntualizar bien las diferencias existentes entre las posiciones anteriores y posteriores de vértice, con el fin de justificar el tratamiento profiláctico que propongo en las posiciones posteriores para transformarlas en anteriores.

Hablar de tratamiento profiláctico en posiciones que pasan por fisiológicas pudiera parecer irrazonable; pero si recordamos las mo-

dificaciones anatómicas experimentadas por el cuello en las posiciones posteriores de vértice, cuyas alteraciones dificultan ó detienen el movimiento de rotación; si recordamos la funesta influencia que en el curso del parto producen los molestísimos dolores de riñones que se presentan en las posiciones posteriores; si recordamos que las anomalías del mecanismo del parto en las variedades posteriores son mucho más frecuentes y graves que en las anteriores, y por lo tanto, que es mayor la morbilidad y mortalidad materna y fetal, está justificado el tratamiento profiláctico de las posiciones posteriores de vértice.

En virtud de las modificaciones anatómicas y fisiológicas experimentadas por el útero en las occípito-posteriores, teniendo en cuenta que las anomalías del mecanismo del parto son más frecuentes y que la morbilidad y mortalidad son mayores, resulta evidentemente ostensible la diferencia existente entre las posiciones anteriores y posteriores; y, por lo tanto, está justificada la pretensión de buscar un tratamiento profiláctico, según demostraré en el decurso de este trabajo.

Hago estas observaciones preliminares, en previsión de que se objete que no es razonable emplear una terapéutica preventiva en posiciones que pasan por fisiológicas.

Yo, en este particular, opino con mi sabio maestro Dr. Andrey. «Nada importa al mecanismo del parto que el plano posterior del feto mire adelante, y la izquierda ó á la derecha: en ambos casos el resultado es igual; no pasa ciertamente lo mismo si el dorso es posterior».

Tenia razón mi maestro: el curso y el pronóstico del parto es diferente, según que las posiciones sean anteriores ó posteriores, en la presentación de vértice.

Tarnier y otros tocólogos dicen que, colocada la cabeza en occípito-ilíaca posterior, puede desviarse en la excavación, y á una presentación de vértice seguir una de cara.

Este movimiento de báscula, que Guillemot opinaba que ocurre en la tercera parte de las posiciones posteriores de vértice, parece que no debe realizarse más que en condiciones de pelvis grande ó cabeza fetal pequeña, porque el diámetro occípito-mentoniano tiene 13,5 centímetros y la excavación 12. Sin embargo, Charrier vió un caso en que se realizó esta conversión con pelvis normal y una criatura de volumen ordinario, previo un desgarro central del periné. Por más que Guillemot haya exagerado esta conversión, su realidad no puede ponerse en duda, pues ha sido confirmada también por otros autores.

Nægele ha prestado un verdadero servicio reduciendo el número de posiciones admitidas por sus predecesores, y proponiendo una

reforma en las posiciones, de análoga importancia á la que había realizado en la clasificación de las presentaciones; pero á fuerza de simplificar y unificar el mecanismo del parto, y con el plausible propósito de reducir el gran número de posiciones admitidas por Baudelocque y sus contemporáneos, Nægele se desvió de la realidad al afirmar que el mecanismo del parto en las presentaciones de vértice era idéntico, cualquiera que fuese la situación del occipucio.

Si en vez de dividir la pelvis en dos mitades laterales, izquierda y derecha, la hubiera dividido en dos mitades, una anterior y otra posterior, y respecto á los casos en que el occipital se relaciona con la mitad posterior, hubiera hecho las distinciones que la observación clínica aconseja, hubiera estado dentro de la realidad.

¿Cómo asignar el mismo mecanismo á las posiciones posteriores que á las anteriores?

Sólo en el caso en que las occípito-posteriores rueden hacia adelante, tienen el mismo mecanismo; pero aun en este caso, á causa de la mayor duración del parto, por la fatiga ó inercia uterina, si bien el mecanismo del parto resulta idéntico á las anteriores, el pronóstico, tanto para la madre como para el feto, es más grave.

En los casos en que la rotación no se verifique, y la cabeza se desprenda en occípito-sacra, ó la presentación de vértice en posición posterior se convierta en presentación de cara y se desprenda en mento-ilíaca, cuya posibilidad no puede negarse, por más que se ponga en duda la frecuencia atribuída por Guillemot, en ambos casos es evidentísimo que el mecanismo del parto no es igual que cuando el occipucio está en relación con la mitad anterior de la pelvis.

Para que la rotación ocurra en las posiciones posteriores de vértice, es preciso que las contracciones uterinas sean enérgicas y sostenidas, y que el periné y la vulva tengan la resistencia necesaria, como ha demostrado Dubois con su experimento elocuentísimo.

Se argüirá que, siendo raro el desprendimiento en occípito-sacra y la conversión de las occípito-posteriores en mento-anteriores, y por otra parte, siendo frecuentísima la rotación anterior en las posiciones posteriores de vértice, no hay motivo racional para hacer distinciones en el mecanismo del parto en las presentaciones de vértice.

El que así opine, por respetable que sea, se aleja de lo que la observación clínica demuestra; pues aun en el caso, frecuentísimo por fortuna, de que el occipucio ruede hacia adelante, esta rotación exige enérgicas contracciones uterinas; y tanto el período de dilatación como el de expulsión se retardan, en perjuicio de la madre y del feto.

La simple prolongación del parto, especialmente en el período de

expulsión, constituye una indicación de especiales cuidados después del parto, según la autorizadísima opinión de Pinard y Walich.

Siendo mayor la altura de la pelvis por detrás, se concibe fácilmente que el encaje ó descenso de la cabeza ha de ser más duradero en las posiciones occípito-posteriores; y por lo tanto, el segundo tiempo es más largo y penoso que en las posiciones anteriores.

Por igual razón se ha de prolongar el tercer tiempo del mecanismo del parto, porque el occipucio tiene que recorrer mucho mayor camino en las posiciones posteriores de vértice que en las anteriores.

El curso del parto es, por lo tanto, más largo y ocasionado á anomalías, siendo muy conveniente el diagnóstico precoz de las posiciones posteriores, para emplear la terapéutica profiláctica ó curativa oportuna, y siendo á veces difícil precisar la indicación conveniente de esta última: esto es, determinar el momento de la rotación provocada y el recurso de que debemos valernos: si ha de ser digital, manual ó instrumental; y aun en este último caso, comparar las ventajas é inconvenientes de la rotación y de la extracción en occípito-sacra (1).

Yo estoy profundamente convencido de que las posiciones occípito-posteriores son una de las causas más frecuentes de irregularidades, tanto en el período de dilatación como en el de expulsión, irregularidades ó anomalías cuya etiología pasa frecuentemente desconocida; y como, por fin, generalmente ruedan hacia adelante, si no hay la precaución de reconocer el sitio de la bolsa sero-sanguínea, pasan á los ojos del tocólogo poco observador como posiciones anteriores primitivas.

Es ilógico aplicar á las posiciones posteriores el mecanismo de las anteriores, cuando todos los tiempos del parto, desde la dilatación del cuello, que tiene caracteres especiales, tanto anatómicos como fisiológicos, hasta el desprendimiento, que, según afirmó ya Nægele, Guillemot y Tarnier, tiene caracteres especiales distintos del desprendimiento en las occípito-anteriores, todo el mecanismo del parto posee caracteres propios que diferencian las posiciones posteriores de las anteriores; por cuyo motivo creo que Nægele, impulsado por el laudable deseo de simplificar las posiciones, exageró al unificar é identificar el mecanismo del parto en todas las posiciones de vértice.

Como el curso, el pronóstico y el tratamiento de las posiciones occípito-posteriores puede ser tan diverso, según las circunstancias, es preciso que quienes asisten á partos den más importancia de lo que generalmente se da al diagnóstico de las posiciones, no conformándose exclusivamente con diagnosticar la presentación, si la asistencia ha de ser científica y no rutinaria, como ocurre generalmen-

(1) La conducta aconsejada por Barnes me parece la más racional.

te, con perjuicio de la madre y del feto, y si se ha de aplicar la terapéutica oportuna en cada caso, sin recurrir al forceps y á la versión más que en los casos de verdadera indicación.

***

Como he dicho ya, la actitud de la embarazada no es indiferente á la presentación y posición fetal, en virtud de lo observado por Andrey, Keherer, Höning, Olshausen, Veit y otros.

Ahora bien: dar á la posición de la embarazada intervención en la presentación y posición fetal, es proclamar claramente la importancia y trascendencia de la teoría mecánica ó física en la actitud fetal dentro de la cavidad uterina. No por esto se ha de dudar de la influencia que ejerce el desarrollo del útero y del feto en la referida actitud fetal; pero creo que el eclecticismo se impone, esto es, que ambos factores, la acción de la gravedad y la forma, diámetros y desarrollo útero-fetal, explican á satisfacción la manera de estar colocado el feto en el útero.

Con la teoría fisiológica única yo no concibo cómo en la hidrocefalia muy desarrollada pueda presentarse el feto por el vértice; pues por el mayor volumen cefálico, en virtud de las leyes de acomodación, hijas de dicha teoría, la cabeza debía de alojarse siempre en la parte del útero de mayor diámetro, y por lo tanto en el fondo.

Hay que hacer intervenir, por consiguiente, las leyes físicas y las fisiológicas para explicar la acomodación.

En armonía con esta doctrina que sustento, desde mi iniciación en el estudio de la interesantísima ciencia obstétrica, recurrí en ciertas circunstancias (especialmente en las primíparas), en los casos en que la simple actitud vertical no transformaba la posición occípito-posterior derecha en anterior izquierda, recurrí á la posición genu-pectoral, y el resultado obtenido me anima á perseverar en el camino emprendido.

En los casos en que la cabeza está muy encajada al final del embarazo, he observado que la posición genu-pectoral, ó simplemente apoyada la embarazada en los codos y rodillas, ha favorecido la transformación de las posiciones posteriores en anteriores.

¿Tienen alguna influencia real estas posiciones y la vertical, en el último mes de la gestación, ó al iniciarse el parto, en el tratamiento profiláctico de las posiciones posteriores de vértice?

He aquí un problema que está por proponer, y cuya solución interesa á ambos seres, á la madre y al feto.

En mi humilde opinión, este asunto tiene más importancia de la que le han concedido los tocólogos.

La circunstancia de verme obligado á aplicar el forceps últimamente en tres primíparas, en las que la presentación fetal de vértice

estaba en posición posterior, y en las que el parto espontáneo no se hubiera realizado, ó hubiera sido á expensas de la muerte fetal, y de peligros para la madre inherentes á un período de expulsión excesivamente prolongado, ha venido á despertar en mí el recuerdo de reiteradas preocupaciones que siempre me han producido las posiciones posteriores de vértice, en las primíparas especialmente, sobre cuya frecuencia y gravedad dicen poco ó nada los autores.

Casi todos los tocólogos se limitan á consignar que las posiciones posteriores prolongan el parto más que las anteriores, pero que finalmente giran y se convierten en anteriores; y si esto no surge espontáneamente, que el tocólogo practique la rotación, muy conveniente para la madre y el feto.

Con respecto á las posiciones posteriores de vértice, la observación me dicta las consideraciones siguientes:

1.ª *Son más frecuentes en las primíparas que en las multíparas.*

2.ª *Giran hacia adelante, con más frecuencia en las multíparas que en las primíparas.*

3.ª *La inercia uterina y la resistencia ó la relajación excesiva del periné son las causas más frecuentes de la no rotación del occipucio, ó la no conversión de las posiciones posteriores en anteriores.*

4.ª *Cuando la inercia era combatida con el cornezuelo de centeno, era menos frecuente el desprendimiento en occipito-sacra.*

La segunda observación, hija de la experiencia, es el resultado de haber visto casi siempre la conversión espontánea de las posiciones posteriores en anteriores en las pluríparas; mientras que en las primíparas, máxime si pasan de treinta años, dicha conversión no se realizó con bastante frecuencia, habiendo sido necesario la extracción con el forceps.

Estas observaciones, unidas al íntimo convencimiento adquirido por la repetición de casos en que presencié ó confirmé cambios de posiciones realizadas en el último mes del embarazo y durante el primer período del parto (período de dilatación, con integridad de las membranas), en las presentaciones de vértice, ocasionadas por el cambio de posición de la embarazada, me han animado á ensayar una terapéutica profiláctica en las posiciones posteriores de vértice antes del encajamiento. Pero antes de exponerla manifestaré que la mayor frecuencia de posiciones posteriores en las primíparas la atribuyo á adoptar prematuramente la posición supina al iniciarse el parto, y al periné (1).

---

(1) Fundándome en algunas estadísticas, de países en que se adopta el decúbito lateral izquierdo durante el período de expulsión, pudiera sostener que las posiciones posteriores de vértice son menos frecuentes que en donde se prefiere la posición supina; de donde se deduce que todavía en el segundo período del parto influye la actitud de la embarazada en la posición fetal.

La resistencia excesiva del periné es una de las causas de la no rotación del occipucio en sentido anterior, como igualmente la inercia uterina y la relajación perineal. En todos los partos dobles que he asistido en que el segundo feto se presentó de vértice y en posición posterior, nunca vi la rotación anterior del occipucio; sino que el desprendimiento se verificó en occípito-sacra, espontáneamente ó con el auxilio del forceps.

Como estoy convencidísimo de la alta trascendencia de las posiciones posteriores de vértice, especialmente en las primíparas, que si no son ayudadas oportunamente puede perecer el feto y correr la madre el grave riesgo de la excesiva duración del período de expulsión, con todas sus consecuencias; como por otra parte la conversión en posiciones anteriores exige la introducción de la mano en la vagina, cosa que es mucho más fácil decir que practicar en el mayor número de primíparas, porque el diámetro de la entrada vaginal no lo permite con frecuencia; como, en fin, el parto, aun siendo posible espontáneamente, es siempre más prolongado, y si el desprendimiento ocurre en occípito-sacra produce casi siempre grandes desgarros perineales, por todos estos motivos creo que las posiciones posteriores de vértice tienen mayor importancia que la que les confieren los tocólogos, y su diagnóstico debe hacerse para poder establecer el pronóstico del parto y la terapéutica oportuna, tanto profiláctica como curativa, si no se pueden evitar. ¿Pero hay un tratamiento profiláctico de las posiciones posteriores de vértice?

Hace muchos años que vengo haciendo las observaciones siguientes:

La actitud vertical transforma con frecuencia las posiciones posteriores en anteriores; por el contrario, la permanencia en decúbito supino predispone á la conversión de las posiciones anteriores en posteriores.

Estas afirmaciones relativas á ideas ó hechos nuevos en obstetricia, pero viejos en mi cerebro gracias á mi sabio maestro doctor Andrey, tienen una trascendencia inmensa en tocología, porque de ellas puede derivarse una terapéutica profiláctica aplicable á las posiciones posteriores de vértice.

La observación del hecho clínico pertenece á mi maestro, y yo reclamo para él la prioridad, por más que nada haya publicado á este respecto, que yo sepa; pero la tentativa de deducir la profilaxis oportuna en beneficio de la madre y del feto me pertenece, pues no conozco ni he leído nada en este sentido más que lo indicado ya, correspondiente á Höning, de lo que el mismo autor no saca partido alguno para prevenir las posiciones posteriores en el parto (1).

(1) En la obra de Playfair leí hace muchos años las investigaciones experimentales de Höning.

Las observaciones indicadas, que hice en los años 80 y 81 como interno en la Sala de Maternidad de la Facultad de Santiago, y que vi confirmadas muchas veces en la práctica profesional, me impulsaron á ensayar la posición genu-pectoral y el decúbito lateral izquierdo consecutivo en el último mes del embarazo y al iniciarse el parto, en los casos en que la simple actitud vertical no modifica la posición posterior de vértice; y los resultados obtenidos me animan á proseguir estos experimentos completamente inocuos y que pueden resultar beneficiosos á las embarazadas. Pues por más que los autores no establecen grandes diferencias entre las posiciones anteriores y posteriores, éste es un asunto que reclama una detenida revisión, ó, mejor dicho, observación por parte de los tocólogos; siendo de desear que los maestros en el arte obstétrico le dediquen su estudio, consagrándole la atención que realmente merece.

Barnes hace una afirmación, que me interesa consignar. Dice:

«La aplicación de forceps en las posiciones occípito-posteriores es importante por su frecuencia. En el mayor número de los casos en que hemos sido llamados para aplicar el forceps, la detención del período de expulsión era debida á esa anomalía».

De esta aseveración se deduce que las posiciones posteriores no son tan fisiológicas como las anteriores.

***

De lo manifestado se deduce la importancia de la posición genu-pectoral, del decúbito lateral izquierdo consecutivo y de la actitud vertical, para modificar favorablemente la posición fetal. También puede ser utilísima á veces en algunos casos de versión por presentación de tronco, en cuyo caso la posición genu-pectoral favorece el desencajamiento del hombro y facilita la introducción de la mano y la evolución del feto; muy particularmente en los casos en que está contraindicado el cloroformo ó se encuentra el tocólogo solo y en circunstancias en que se hace difícil hallar ayudante, ó que se impone la necesidad de terminar rápidamente el vaciamiento del útero, no debiendo esperar á que mientras llega el cloroformizador se encaje más y más el feto, dificultando ó imposibilitando la versión y exigiendo una embriotomía.

Smellie, Lebret, Nægele, Jacquemier y otros tocólogos eminentes han preconizado la posición genu-pectoral en la versión, en cuya actitud se facilitan los dos primeros tiempos de la misma.

La posición genu-pectoral ha sido también recomendada por el Dr. Gaillard Thomas, de Nueva York, en el prolapso del cordón.

De lo referido se deduce que la posición genu-pectoral, en los casos en que resulta insuficiente la simple actitud vertical de la em-

barazada para transformar las posiciones posteriores de vértice en anteriores, es un recurso poderoso que, seguido del decúbito lateral izquierdo y de la posición vertical, favorece la fijación de la cabeza en posición anterior izquierda, con el beneficio consiguiente para la madre y para el feto; debiendo ser aconsejado dicho recurso tanto al final del embarazo como al iniciarse el parto, antes de la rotura de la bolsa de las aguas.

Teniendo en cuenta el desarrollo fetal y su diámetro longitudinal, como igualmente los diámetros de la cavidad uterina, no es lógico el temor de un cambio de presentación al final del embarazo; además, la posición genu-pectoral debe emplearse el tiempo preciso para desencajar algo la cabeza y dar al feto la movilidad necesaria, á fin de que en virtud de las leyes de la gravedad, favorecida por el decúbito dicho y la actitud vertical consecutiva, se fije la cabeza en la posición anterior izquierda, ó izquierda anterior, como dicen los autores.

Cuando la cabeza disfruta de movilidad al iniciarse el parto, es casi siempre suficiente que la parturiente permanezca de pie; y si esto no basta para transformar una posición posterior en otra anterior, se logra con frecuencia haciendo adoptar los decúbitos dichos, en los intervalos de los dolores, por el orden siguiente:

1.° Apoyándose en las rodillas y en los codos de modo que el tronco de la parturiente adquiera una posición contraria al decúbito supino.

2.° Decúbito lateral izquierdo, si la embarazada está fatigada.

3.° Actitud vertical, si la puede soportar durante el período de dilatación del cuello, antes de la rotura de la bolsa.

Siguiendo esta conducta he logrado con mucha frecuencia transformar las posiciones posteriores de vértice en anteriores, y no vi nunca el cambio de presentación después de iniciado el parto.

Sin embargo, en el excelente capítulo que Tarnier consagra á las mutaciones de presentación y posición fetal, tanto en el embarazo como en el mismo parto, se registran casos de cambio de presentación durante el parto verdaderamente notables, como el señalado en otra parte de este trabajo, visto por Schrœder. No obstante, estos cambios de presentación al final del embarazo ó en el parto son raros, en circunstancias normales. Lo que sí es frecuentísimo son las mutaciones relativas á las posiciones de vértice; siendo interesante y de alta trascendencia el hecho señalado por Tarnier, de que no todas las presentaciones y posiciones tienen igual tendencia á modificarse, sino que cuanto más fisiológica es una presentación y posición, más permanente es, y viceversa.

La cuestión del tratamiento profiláctico de las posiciones posteriores de vértice, que ya preocuparon á Depaul por los sufrimien-

tos que originan á la parturiente, cuyos dolores de riñones son con frecuencia sintomáticos de ellas, es un asunto importantísimo, pero al cual han dado distinto valor los tocólogos.

Lo que es verdaderamente sorprendente es que, reconociendo todos los tocólogos su mayor gravedad, comparada con la de las posiciones anteriores, y por otra parte admitidas también las mutaciones ó cambios de posición y presentación durante la gestación, aun en el último mes, y hasta en el primer período del parto, según las observaciones de Schrœder, Credé, Hecker, Schultze y de otros muchos autores; lo sorprendente es que no se haya intentado una terapéutica profiláctica de las posiciones posteriores: tanto más cuanto que se fijan en ello tocólogos, como Tarnier, que es quien dedica á este asunto mayor atención, consagrándole un capítulo interesantísimo en que recopila los trabajos de sus predecesores y contemporáneos á este respecto. Y, no obstante aseverar que no todas las presentaciones y posiciones tienen igual tendencia á modificarse, sino que *cuando la criatura se halla en una posición favorable al parto tiene muchas más probabilidades de permanecer quieta*; sin embargo de esta afirmación, fecunda para el arte obstétrico, no se ha intentado, que yo sepa, sacar de esta aseveración del gran tocólogo francés la conveniente terapéutica profiláctica.

De esa afirmación de Tarnier se deduce que el cambio de posición es tanto más frecuente, espontáneamente, cuanto menos conveniente ó favorable es para el parto.

En otros términos: el cambio de la posición derecha posterior en izquierda anterior es mucho más frecuente y fácil, por lo tanto, que la mutación de esta posición en aquélla.

Si este fenómeno obstétrico ocurre espontáneamente, ¿por qué no ha de solicitarlo el tocólogo en beneficio de la madre y del feto?

¿Por qué no favorecer el cambio de las posiciones posteriores en anteriores en el último mes del embarazo y al iniciarse el parto?

Si el pronóstico del parto es más grave en las posiciones posteriores, aun en la hipótesis de que giren y se conviertan en anteriores, ¿por qué no intentar su conversión antes del período expulsivo?

Las leyes de acomodación previstas y reconocidas por Cazeaux y otros eminentes tocólogos, y expresadas concisamente por Pajot (1), tienen un determinismo físico-fisiológico dependiente de la madre y del feto.

Tanto la teoría física como la fisiológica, exclusivamente consideradas, son, en mi opinión, insuficientes para explicar las presenta-

(1) La ley formulada por Pajot, por la cual se rigen las presentaciones y las posiciones en las pelvis y en los úteros normales y anormales, explica perfectamente por qué en una primípara con útero cordiforme es frecuente la presentación de hombro, como observó Pinard.

ciones y posiciones fetales; pero mientras que la presentación más frecuente, la de vértice, se concibe bien por la acomodación del feto á la cavidad uterina, teniendo en cuenta la forma del útero y la manera de desarrollarse en la gestación, así como las dimensiones y forma fetal, agregando á estas circunstancias especialmente físicas actos fisiológicos realizados por el útero, pared abdominal y feto, esto es, contracciones musculares del continente y del contenido, *mientras que la presentación tiene su determinismo físico-fisiológico que radica en la madre (útero, pared abdominal, pelvis, etc.) y en el huevo (feto y anejos), la posición tiene también su ley de acomodación; pero de todas las causas que pueden influir en el cambio de posición, ninguna es tan positiva y evidente, según mis observaciones, como la gravedad*, que afortunadamente podemos modificar á voluntad, haciendo adoptar á la embarazada la posición adecuada al cambio que se desea lograr, *teniendo presente que la actitud vertical predispone á las posiciones anteriores y la horizontal á las posteriores de vértice*; pero estas mutaciones tienen su determinismo, al cual se oponen un profundo encajamiento, el útero retraído y la escasez del líquido amniótico.

II

Utilidad de la posición genu-pectoral en el útero grávido en retrodesviación.

La posición genu-pectoral en las retrodesviaciones uterinas durante los primeros meses de la gestación, constituye el tratamiento más sencillo y heroico del útero grávido en retroversoflexión.

A fines de 1898 estaba tratando por el masaje y la reposición consecutiva á una enferma que tenía retroflexión, prolapso útero-vaginal y desgarro perineal.

Con las irrigaciones vaginales calientes y el masaje en posición dorso-sacra, se había logrado á primeros de Diciembre que el útero permaneciese en su posición normal, habiendo concebido esperanzas de poder prescindir de una intervención quirúrgica y hasta de la colocación de un pesario, cuya utilidad hubiera sido dudosa por la rasgadura perineal existente.

Pasaron las vacaciones de Navidad (1), y á mediados de Enero del 99 se presentó nuevamente en la clínica, aquejando molestias rectales y ligeras alteraciones vesicales.

(1) Esta enferma concurría al dispensario de Ginecología que, perteneciente al Instituto Rubio de Terapéutica Operatoria, existía entonces en el Hospital de la Princesa.

Al reconocerla para practicar el masaje y la reposición, observé que el útero (ya normalmente grande, pues correspondía á una mujer que había parido seis veces y abortado dos, abortos atribuídos á subinvolución y á la retroflexión dicha) había aumentado de volumen, se había redondeado y reblandecido. Esto, unido á la coloración lívida del hocico de tenca, me inclinó á sospechar que se trataba de una gestación en un útero en retroflexión, de dos ó tres meses, no obstante haberse presentado la menstruación sin interrupción.

Este diagnóstico, que fué confirmado por el jefe del Dispensario, Dr. Abascal, me tuvo muy preocupado por no haberse suprimido la regla durante los tres primeros meses del embarazo.

Por más que tenía conocimiento de casos análogos, había observado siempre que cuando la menstruación no se suprimía durante la gestación, ó por lo menos, si se presentaba durante el primer ó segundo mes del embarazo, era mucho más escasa en cantidad y duración.

Fué preciso que el curso corroborase el embarazo, para que se apoderase de mí el íntimo convencimiento de gestación (1).

No pudiendo reducir ó reponer el útero en la posición dorsosacra, aconsejé á la enferma que adoptara la genu-pectoral; y, con sorprendente facilidad, logré la deseada reposición.

Indiquéle la conveniencia de que permaneciera en esta actitud todo el tiempo posible, que concurriera al Dispensario una vez por semana, y que si notaba trastornos vesicales ó rectales en los días que no había consulta, fuera á mi casa para colocarle la matriz en buena posición.

Así lo hizo hasta pasado el cuarto mes, y habiendo encontrado otra vez la matriz en situación viciosa, bastó la permanencia durante diez minutos en la actitud referida para lograr definitivamente la reposición uterina, sin necesidad de recurrir á la reducción digital por la vagina ó por el recto.

La gestación continuó su curso normal, seguido de un parto y un puerperio también fisiológicos.

Con irrigaciones calientes y ergotina se logró después del parto que el útero involucionase y que se mantuviese en posición casi fisiológica; pues, sin perder la anteversoflexión normal, se mantenía ligeramente en retroposición y algo prolapsado.

Esta observación, por la que se demuestra visiblemente los efectos maravillosos obtenidos por la posición dicha en la retroflexión de útero grávido, fué el motivo que me animó á recurrir á tal acti-

---

(1) Cuatro años más tarde ví en la consulta de Ginecología del Hospital Provincial un caso análogo. Una embarazada se presentó preocupadísima porque se le había suprimido la regla, pues los embarazos anteriores habían coexistido con el flujo periódico.

tud en los casos de retrodesviaciones de úteros en gestación ó vacíos, movibles ó fijos por adherencias; habiendo obtenido siempre un éxito satisfactorio, no sólo como recurso terapéutico, sino también para facilitar el diagnóstico, tan necesario para un tratamiento eficaz de las retrodesviaciones fijas ó movibles.

La observación repetida de múltiples casos de retrodesviaciones diagnosticadas de adherentes, cuya movilidad se pudo conseguir con la simple posición dicha, unas veces, y otras agregando á ella el masaje, me autoriza para afirmar que en muchas ocasiones se diagnostica de retroversoflexiones fijas úteros fácilmente movibles en la posición genu-pectoral.

La razón de este hecho es tan evidente, que no comprendo cómo los autores no insisten más sobre las ventajas de la reposición uterina en la actitud indicada, en la cual se suman dos factores poderosísimos, que convergen simultáneamente á la reducción del útero á su situación fisiológica: por un lado, la eficacia de la acción de la gravedad; por otro, la ausencia de la presión de las vísceras abdominales, que ejerce su maléfico influjo sobre la cara anterior del útero (colocado éste en retrodesviación) y dificulta, por lo tanto, la reposición del órgano cuando se intenta realizarla en la posición dorso-sacra.

*
* *

El segundo y el tercer caso de retroversoflexión de útero grávido los vi en el Instituto Rubio de Terapéutica Operatoria durante el curso de 1900 á 1901.

Encargado de vigilar dichos casos por si surgía indicación operatoria, vi con sorpresa que, no obstante las adherencias en ambos casos, evolucionó normalmente la gestación y se realizó espontáneamente la reducción, siendo en uno incompleta todavía al sexto mes; pues mientras que la porción anterior del útero alcanzaba la cicatriz umbilical, se percibía en la excavación una parte de la pared posterior por debajo del ángulo sacro-vertebral. Paulatinamente fué ascendiendo la porción retenida en la excavación, y al octavo mes todo el útero había subido á la cavidad abdominal.

En ambos casos se recomendó á las embarazadas que permaneciesen en la posición genu-pectoral todo el tiempo posible, y la reposición se realizó sin llegar las enfermas á notar los fenómenos de estrangulación ó incarceración uterina.

El cuarto y el quinto caso de retroversoflexión en útero grávido los traté el año de 1902.

En uno la reposición fué sencillísima, habiéndose realizado espontáneamente al adoptar la embarazada la posición dicha.

En el quinto caso, ya con fenómenos de estrangulación (trastor-

nos vesicales y rectales), previo el vaciamiento de ambos órganos, pude reponer el útero con el tacto digital vaginal en la posición genu-pectoral.

El sexto caso es muy interesante; fué observado en Diciembre del año último (1903).

La enferma estaba en el tercero ó cuarto mes de la gestación y sufría todas las molestias consecutivas á la incarceración uterina, especialmente los trastornos vesicales, que exigían el cateterismo repetido.

Como esta enferma se presentase en el Dispensario de Ginecología del Instituto Rubio el último día de consulta antes de las vacaciones de Navidad, me encargué gustoso de seguir la observación del caso durante dichas vacaciones, aconsejándole que adoptara la posición genu-pectoral todo el tiempo posible; y verificando el cateterismo vesical con regularidad, logré en tres días que la retroflexión se redujese fácilmente, habiendo desaparecido con rapidez los trastornos vesicales y rectales, y continuó el embarazo su curso normal.

Esta es la relación concisa de los seis casos de retroversoflexión de útero grávido observados y tratados por mí desde el año de 1898.

***

A los casos de útero grávido en retrodesviación citados, tratados exclusivamente por la posición genu-pectoral, ó por el cateterismo vesical y la actitud indicada, puedo agregar cuatro más: dos, tratados también por mí como alumno interno agregado á la Sala de Ginecología de la Facultad de Santiago, bajo la dirección del catedrático correspondiente; y otros dos, vistos en consulta en los primeros años de mi ejercicio profesional.

Los dos primeros fueron tratados también por el cateterismo y la posición referida, según las indicaciones de Cazeaux, tocólogo de gran reputación en el segundo tercio del siglo pasado. Ambos casos curaron á beneficio de los recursos dichos, continuando la gestación su curso normal.

El tercero (que vi en consulta) fué un caso de retroversión de pronto ó repentinamente producida como consecuencia de una caída de nalgas á la salida del teatro, estando la vejiga dilatadísima; que también se redujo con el cateterismo y la posición que Cazeaux llamaba de los cuadrumanos, es decir, de rodillas en la cama y apoyada en los codos.

El único caso que terminó por aborto fué otro que también vi en consulta, hará veinte años próximamente; en este caso no se diagnosticó el cambio de posición uterina oportunamente, atribuyéndose

el proceso morboso á una enfermedad de la vejiga de la orina. La enferma ignoraba su estado de gestación: cuando se hizo el diagnóstico de útero grávido en retroversión y se recurrió al cateterismo y á la posición recomendada por Cazeaux, se logró, como en los demás casos, la reposición del útero; pero no se pudo evitar el aborto, probablemente por emplear tarde tan eficaz tratamiento.

De la relación concisa de los diez casos expuestos se infiere que *la posición genu-pectoral es el recurso más sencillo, inocuo y heroico para lograr la reposición del útero grávido en retrodesviación.*

Bien sé que este tratamiento encomiado por mí carece de novedad, pues ya Hunter, Boyer, Godefroy y otros muchos intentaron deducir de las leyes de la gravedad la utilidad que la lógica aconsejaba; pero entiendo que los autores no confieren á la posición genu-pectoral toda la importancia que realmente tiene, siendo en mi concepto el primer recurso que debe emplearse, asociado al vaciamiento regular de la vejiga y del recto.

Budin (1) refiere tres casos interesantes de reducción espontánea del útero grávido en retroversión, producida por el cateterismo vesical. Que el útero, en estas circunstancias, tenga propensión á reducirse espontáneamente, es tan lógico como lo es que el ovario ó el mismo útero, neoplásico en su evolución, asciendan á la cavidad abdominal cuando su desarrollo lo exige.

El útero grávido en retroversoflexión, dificultando el vaciamiento de la vejiga, produce su dilatación, que es uno de los obstáculos más poderosos á la reducción uterina; pero no es el único, como lo demuestra el sexto caso historiado por mí, en que se había recurrido al cateterismo antes de ir al Instituto Rubio, y no obstante continuó la retroversoflexión, hasta que se asoció al cateterismo la posición indicada.

Entre los casos citados por mí los hay con fenómenos de estrangulación ó incarceración ocurridos del tercero al cuarto mes, y con adherencias firmes que hicieron pensar en la provocación del aborto y hasta en una laparotomía para reponer el útero, si accidentes graves exigían formalmente tales intervenciones; y con sorpresa y satisfacción se vieron extinguidos los fenómenos de incarceración, y reblandecidas las adherencias hasta permitir la reposición espontánea del útero con el mero auxilio de la gravedad y del cateterismo repetido.

Insisto, por lo tanto, en afirmar que *la posición genu-pectoral es el recurso más sencillo, inocente y poderoso para lograr la reposición del útero grávido en retrodesviación.*

*
* *

(1) *Obstétrique et gynécologie. Recherches cliniques et expérimentales.*

Todos los tocólogos dan menor importancia de la que realmente tiene á la reducción del útero grávido en retroversoflexión por la simple posición genu-pectoral. Mientras que Cazeaux consagra catorce líneas á tan interesante asunto, autores posteriores dedican menos espacio todavía, pues Playfair le consagra exclusivamente tres, y Olshausen y Veit dedican solamente seis líneas á la reposición manual por el recto en posición genu-pectoral, y de la reposición espontánea en dicha posición nada dicen; y esto es tanto más censurable, cuanto que Olshausen y Veit no son meramente tocólogos eminentes, sino además eximios ginecólogos, habituados por lo tanto á ver ascender, en virtud de las leyes de acomodación, los quistes ováricos en su desarrollo de la cavidad pélvica á la abdominal.

Desde Barnes, que no menciona la posición genu-pectoral, hasta Budin (1), que consagra á tan heroico recurso una página, se puede afirmar que hasta hoy, si se exceptúa á Cazeaux, ningún tocólogo dió á la actitud referida el valor que realmente tiene.

Los casos citados por Budin de reducción espontánea por el simple cateterismo carecían de adherencias, mientras que el segundo y tercero referidos por mí las tenían; y, sin embargo, la posición genu-pectoral, exclusivamente empleada, fué suficiente para que la reducción espontánea se realizase.

Yo estoy convencidísimo de que la reducción es un hecho muy frecuente, aun sin recurrir al cateterismo ni á la posición genu-pectoral, como lo estoy igualmente de que muchos abortos son provocados por la indicada desviación uterina; pero es indudable que la posición genu-pectoral, asociada al cateterismo, si es necesario, es el tratamiento más razonable é inocuo del útero grávido en retrodesviación.

La ascensión del útero grávido en retrodesviación, esto es, la reducción ó reposición espontánea, es un fenómeno natural que no debe sorprender á los tocólogos y menos aún á los ginecólogos, acostumbrados á ver ascender de análoga manera las neoplasias ováricas, cuando por su volumen no caben ya en la excavación.

Dicha ascensión puede ser silenciosa ó precedida y acompañada de molestias vesicales y rectales, especialmente cuando la subida desde la excavación á la cavidad abdominal está dificultada por adherencias previas consecutivas á pelviperitonitis anteriores. Con el propósito de que el tratamiento encomiado por mí pueda ser empleado con más frecuencia en beneficio de las embarazadas, á continuación transcribo la autorizadísima opinión de mi ilustre maestro Dr. D. Eugenio Gutiérrez.

---

(1) Tarnier y Budin: *Arte de los partos.*

La conducta seguida y aconsejada por el Dr. Gutiérrez está condensada en lo manifestado en el Congreso Internacional de Ginecología y Obstetricia celebrado en Génova el año 1897. Dice:

«He publicado dos casos de útero grávido en el cuarto mes del embarazo, que han curado simplemente por la posición genu-pectoral. Las dos enfermas, después de permanecer tres horas el primer día y otras tres el día siguiente en la citada posición, han notado un chasquido, seguido de la reducción uterina, y comenzaron á orinar espontáneamente».

Ambos casos han sido publicados en los *Anales de Ginecología y Obstetricia.*

En uno de estos dos casos (observación recogida en el Instituto de Terapéutica Operatoria por el Dr. D. Joaquín Gascón) se recurrió al cateterismo y á la posición indicada. En el otro caso, publicado en 1880, se practicó el cateterismo repetido durante tres días, sin lograr la reducción, hasta que la enferma adoptó la posición genu-pectoral.

En ambos casos había fenómenos de estrangulación; y en el último la micción se hizo imposible, no orinando ni por rebosamiento, habiendo sido producida la retroversión por una caída sobre las nalgas.

El éxito rápido y satisfactorio logrado en este caso es un argumento elocuentísimo en favor de la posición genu-pectoral en el útero grávido en retrodesviación.

Efectivamente, en esta forma se habían producido evidentemente todos los fenómenos de incarceración uterina; y las manifestaciones de compresión eran tan ostensibles y graves, que además de los dolores y edemas existentes y de la disuria y hematurias anteriores, cuando se presentó en la consulta ya no orinaba ni por rebosamiento.

Este caso es un argumento poderoso en contra de la terapéutica agresiva seguida por M. Jacobs, que comunicó al Congreso de Ginecología de Burdeos 10 casos de retroflexión de útero grávido tratados por laparotomía seguida de histeropexia.

Aun en el caso de que la retrodesviación sea adherente, en muy pocos de ellos habrá que recurrir al tratamiento quirúrgico, pues la gestación reblandece las adherencias, y éstas permiten generalmente la reposición uterina, como ocurrió en algunos casos citados en este trabajo.

De la clínica particular del Dr. Gutiérrez puedo referir dos inéditos, tratados también con buen éxito exclusivamente por la posición genu pectoral, sin recurrir al cateterismo vesical. En una de estas enfermas había ocurrido anteriormente un aborto, debido á la posición viciosa del útero; con la posición dicha se redujo el útero y se evitó el aborto.

Recientemente el Dr. Acero, del Instituto Rubio, trató otro caso por la referida posición exclusivamente; y la reducción espontánea ocurrió como en los casos indicados anteriormente, siguiendo el embarazo su curso normal.

En todos los casos vistos por mi maestro, Dr. Gutiérrez, la posición genu-pectoral fué suficiente para lograr la reducción espontánea del útero grávido en retroversoflexión.

La retroversión es una causa probable de esterilidad, pero también es una causa bastante frecuente de abortos repetidos. Los casos de retroversión de útero grávido con síntomas de incarceración son raros, porque generalmente se reducen espontáneamente ó se produce el aborto, antes de que surjan los fenómenos de estrangulación.

De todo lo manifestado en la primera y segunda parte de este trabajo, se deduce:

1.° *Que la influencia de la gravedad en Obstetricia y su aplicación al cambio de posición fetal es un asunto interesante, al cual no han consagrado los tocólogos el estudio que realmente merece.*

2.° *Que la posición genu-pectoral es el tratamiento más sencillo, inocuo y heroico del útero grávido en retroversoflexión.*

NEUROSIS DEL SIMPÁTICO CERVICAL

CON VASODILATACIÓN Y TAQUICARDIA

POR EL DR. JOSÉ DE JESÚS GONZÁLEZ

De León (México).

Hace años vengo examinando enfermas atacadas de rara dolencia, cuya descripción no he encontrado ni en los más voluminosos y modernos libros de patología que he tenido á mi alcance.

Sólo en el sexo femenino, y únicamente en el período menopáusico, he observado la enfermedad en cuestión, bosquejada en algunas enfermas, y en dos de ellas adquiriendo un desarrollo verdaderamente notable y revistiendo un aspecto que me ha hecho considerarla como entidad nosológica. Los dos casos más intensos van á servirme para la descripción; pero antes de entrar en detalles, deseo recordar que es muy frecuente observar en los períodos menstruales, y principalmente durante la menopausia, rubor pasajero del rostro con sensación de calor, palpitaciones, etc.; estos trastornos, que han pasado bajo la vista de todo médico, son como el bosquejo de lo que paso á describir.

La enfermedad que me ocupa es *paroxística;* viene por accesos, generalmente motivados por impresiones morales, y mucho más fre-

cuentes é intensos cuando son más marcadas las perturbaciones menstruales. El acceso se inicia por sensación de calor en la cara y enfriamiento de las extremidades; poco á poco va enrojeciendo la cara, el enfriamiento de pies y manos se acentúa, aparecen palpitaciones y el acceso llega á su *máximum*, constituyéndolo entonces los síntomas siguientes: *rubicundez intensa del rostro*, *taquicardia* y *ligera disnea*. Analizaré uno por uno esos síntomas.

Rubicundez del rostro.—Moderada al principio del acceso, va acentuándose más y más hasta llegar á su apogeo en pocos minutos: los labios, las mejillas, los párpados, la piel de la nariz y de la frente, y en algunos accesos hasta el pabellón de la oreja, adquieren un tinte *rojo violáceo* y se vuelven ligeramente edematosos; las mucosas, y principalmente las conjuntivas, se inyectan considerablemente, y en ellas se ven turgentes los más finos vasos. Las arterias faciales y temporales, así como las ramas que de ellas parten, se advierten dilatadas al practicar la exploración tactil. Hay aumento de secreción de la mucosa nasal.

Tienen las enfermas sensación de adormecimiento, de hormigueos en toda la parte enrojecida, sobre todo en los labios, y también experimentan calor intenso, que el tacto comprueba y el termómetro demuestra; hay aumento de algunas décimas de grado comparativamente á la temperatura de la piel de la cara, tomada en los intervalos de los accesos.

Taquicardia.—Es moderada, y generalmente guarda relación con la intensidad de la rubicundez; el pulso late de 100 á 130 veces por minuto; tanto á la palpación como á la auscultación, se notan más fuertes las contracciones cardíacas, mayor el impulso precordial; pero no sufre alteración alguna el ritmo de los movimientos del corazón. La paciente *percibe* muy bien la *taquicardia*, es decir, hay verdadera palpitación.

Disnea.—Crece ó disminuye paralelamente á los demás síntomas, sin llegar nunca á ser penosa para las enfermas, las que experimentan sensación de falta de aire; el número de respiraciones casi no está aumentado, pero las inspiraciones normales son entrecortadas por otras más profundas.

Durante el paroxismo existe fotofobia, y por ella no me ha sido dable explorar el fondo del ojo para conocer el estado de sus arterias.

Generalmente, el acceso es acompañado de grande emotividad, que hace que las enfermas se entreguen fácilmente á las lágrimas.

La duración del paroxismo es variable; pero lo he visto durar hasta una ó dos horas en su mayor intensidad, y luego van atenuándose los síntomas: el corazón late menos, la respiración se hace normal, se calientan las extremidades y disminuye hasta desaparecer

el enrojecimiento de la cara, quedando la enferma, una vez pasado el acceso, deprimida, cansada.

En el intervalo de los accesos la salud es buena: en el corazón no se nota nada anormal, la piel de la cara presenta su coloración y su temperatura ordinarias, la respiración es completamente fisiológica, y sólo quedan las perturbaciones habituales de los órganos genitales; en una de las enfermas existe endometritis, y el estado de la inflamación uterina tiene notabilísimo influjo sobre la frecuencia é intensidad de los accesos, que se espacian considerablemente cuando mejora la endometritis.

En las enfermas que he observado no he descubierto antecedentes nerviosos personales ó hereditarios: han tenido hijos y son sanos.

La causa determinante del primer acceso ha sido una sacudida moral brusca: en una enferma fué la noticia de la muerte de su padre, á quien profesaba profundo afecto.

Aunque los accesos pueden repetirse á intervalos variables, más bien se presentan en los períodos menstruales ó en el tiempo á que corresponden; entonces son más intensos los accesos y se repiten casi diariamente.

Diagnóstico diferencial.—Para asegurarnos de que la enfermedad en estudio es *autónoma*, y no simplemente una variante de enfermedades bien descritas y estudiadas ya, voy á diferenciarla de las afecciones con que pudiera confundirse, á fin de que una vez demostrada su autonomía, continuemos el estudio de su fisiología patológica y su patogenia, en cuanto sea posible, con los datos que poseemos.

Por uno de sus síntomas, la *taquicardia*, la enfermedad que estudio pudiera confundirse con la *taquicardia esencial paroxística* y con la *enfermedad de Basedow;* pero fácilmente podemos distinguirla de ellas, pues en la primera, la taquicardia paroxística, el principio del acceso es brusco, «parece que algo se desprende del pecho, y el corazón late con violencia...; se cuentan hasta 200 pulsaciones por minuto». «Cuando se examina el enfermo durante la crisis, *no se nota nada de particular en su aspecto, ni ansiedad ni angustia*» (Dieulafoy) (1). Como se ve, no hay nada semejante al acceso de la enfermedad que estudio.

En el *bocio exoftálmico* existen, ciertamente, *taquicardia*, que es el síntoma fundamental de la enfermedad de Basedow, y perturbaciones vasomotoras; pero la aceleración de los latidos del corazón es *continua* en el bocio y se exagera en los accesos, existiendo, además, otras perturbaciones cardíacas y aun verdaderas lesiones: hipertrofia, dilatación de las cavidades, insuficiencia de las válvulas,

(1) *Pathologie interne*, tome 1, 1901.

mientras que en mis enfermas *todo entra en orden una vez pasado el acceso*; las dilataciones vasculares son también continuas en el bocio, y en la enfermedad que describo sólo existen durante el paroxismo. Además, *en ninguna de mis enfermas ha existido exoftalmía, ni bocio, ni temblores*, que constituyen uno de los síntomas casi constantes en la enfermedad de Basedow, aun en las formas bruscas (Marie), una de las cuales la constituye el temblor.

En diversas afecciones cardiovasculares de las vías digestivas, del aparato respiratorio, etc., hay taquicardia paroxística; pero aparte de que en estos casos no existe la *rubicundez del rostro*, síntoma *esencial* en la enfermedad que estudio, las enfermas que me sirven de tipo al escribir estas páginas, no padecen afección cardíaca, pulmonar, etc.

Por la *rubicundez del rostro* y los *demás fenómenos vasculares*, la neurosis que describo podría confundirse con la *jaqueca vasodilatadora* descrita por Möllendor en *Virchow 's Archiv*. (1). Esta forma, opuesta á la jaqueca espasmódica ó simpático-tónica, minuciosamente estudiada por el famoso fisiologista Dubois-Reymond, presenta, durante el acceso, el siguiente cuadro sintomático: el lado que duele está rojo, caliente é hinchado; las lágrimas ruedan en abundancia de los ojos; el párpado está hinchado y poco movible; la oreja del mismo lado está roja y caliente; la temperatura del conducto auditivo externo sube de 0,2° á 0,4°; la arteria temporal está dilatada y acelerada su pulsación; los mismos vasos retinianos están dilatados, y la papila se vuelve roja. Pasado el acceso, las partes congestionadas palidecen y todos los síntomas desaparecen poco á poco (Kovalewsky). No cabe duda que cuando es típico el cuadro de la hemicránea neuropalítica, presenta analogías con la neurosis que tengo en estudio, y quizá ambas afecciones arranquen de un mismo origen patogénico; pero clínicamente pueden diferenciarse con exactitud, pues en mis enfermas *nunca* he observado dolor, y es tan esencial este síntóma, *dolor de la mitad de la cabeza*, que por él toma nombre la enfermedad: *hemicránea*. Por otra parte, los síntomas vasomotores se presentan de un solo lado en la jaqueca, mientras que en mis enfermas *siempre* son *bilaterales*. Estos dos caracteres, ausencia *completa* de dolor y *bilateralidad* de la afección, me parecen suficientes para un diagnóstico diferencial: cierto es que algunas veces la jaqueca ataca los dos lados; pero siempre lo hace alternativamente la llamada hemicránea alternante, y esto más bien se refiere al dolor que á los síntomas vasculares.

Demostrada, como creo que lo está por las anteriores líneas, la

---

(1) Citado por el profesor Paul Kovalewsky. *La Migraine*, Paris, 1902.

independencia nosológica de la neurosis que me ocupa, proseguiré estudiando en lo posible su fisiología y su patogenia.

Fisiología patológica.—El síntoma fundamental, verdaderamente característico de la enfermedad que estudio, lo constituye el intenso enrojecimiento de la piel de la cara y la inyección de las conjuntivas; importa, por tanto, dejar sentado, como base para facilitar el estudio, la esencia misma de esa *rubicundez*. He dicho ya que las arterias temporales, faciales, y las ramificaciones de éstas que el tacto puede explorar, se sienten dilatadas; he anotado también que las arterias conjuntivales se dibujan admirablemente. Pues bien, todo esto, unido á la rubicundez de toda la piel de la cara, nos dice claramente que el síntoma predominante consiste en vasodilatación, que desde las arterias mencionadas se extiende hasta los capilares cutáneos.

No puede pasar inadvertida la grande analogía, diré casi identidad, que existe entre la enfermedad objeto de este trabajo, y la neurosis vasomotriz paralítica que ataca á las extremidades, y que señalada primero por Duchenne (de Boulogne) y descrita por Vulpian en 1875, fué denominada por Weir Mitchell *eritromelalgia* (1). En efecto: ambas afecciones están caracterizadas, principalmente, por rubicundez de la piel, con aumento de volumen y de temperatura del lugar afectado; en ambas se observa dilatación de gruesos vasos; en ambas experimentan las enfermas hormigueos, parestesias, en los lugares atacados. La diferencia sólo estriba en el lugar en que se desarrollan los síntomas; y esa diferencia, que tal vez dependa del distinto lugar en que radica la lesión productora, trae aparejada la aparición de nuevos síntomas que no existen en la *eritromelalgia*: la taquicardia y la disnea.

La analogía, pues, entre ambas enfermedades, también me lleva á pensar que, si en la eritromelalgia admiten los patólogos la existencia de la vasodilatación, en la neurosis que estudio la rubicundez será debida, del mismo modo, á la dilatación vascular.

¿A qué se debe esa vasodilatación? Cada territorio vascular se encuentra dotado de nervios constrictores. «Después del grande esplánico, el nervio vasoconstrictor que ejerce mayor dominio es indudablemente el *simpático cervical;* del que no depende tan sólo el tono de los vasos auriculares, como descubrió Bernard, sino que también extiende su acción constrictora á todos los vasos internos y externos de la cabeza, como resulta de las investigaciones de muchos observadores» (2).

La sección del simpático, según los experimentos de los fisiólo-

---

(1) Weir Mitchell: *Americ. Journal of med. sc.*, 1878, tomo II.
(2) Luigi Luciani: *Tratado didáctico de Fisiología humana.* Roma, 1901.

gos, determina atonía vascular con la hiperemia consiguiente; así es que, en mis casos, podría explicarse el síntoma vasodilatación por parálisis de los nervios vasoconstrictores; pero la cuestión se complica al tener en consideración la bien demostrada existencia en todos los territorios vasculares de nervios vasodilatadores, cuya excitación produce dilatación de los vasos. Podemos, pues, plantear el problema en estos términos: la rubicundez de la cara y los demás fenómenos de vasodilatación que constituyen el síntoma esencial de la enfermedad que estudio, ¿se deben á parálisis de los nervios vasoconstrictores ó á excitación de los nervios vasodilatadores?

La cuestión es difícil, pero antes de afrontarla quiero dejar establecido que (según mi desautorizada opinión) la enfermedad radica en el simpático cervical; pues la mayor parte de los nervios vasomotores de la cara, constrictores y dilatadores, teniendo origen medular, pasan, por conducto de los ramos comunicantes, al sistema ganglionar simpático, y de allí se trasladan directa ó indirectamente á los vasos.

Radicando la enfermedad en el simpático cervical, la clínica y la fisiología van á ayudarme á resolver el problema que he planteado: si la rubicundez depende de parálisis de los constrictores, ó de excitación de los nervios vasodilatadores.

La clínica enseña que, en las enfermas que estudio, juntamente con la *rubicundez* existe *taquicardia;* ¿á qué lado de la cuestión hace inclinar nuestro juicio la presencia de este síntoma? Meditemos: la taquicardia, que puede ser de origen bulbo-espinal, como la *esencial paroxística,* tiene fisiológicamente como causas, ó la parálisis del nervio vago ó la excitación del simpático; numerosas experiencias demuestran que la excitación del ganglio cervical inferior produce *aceleración del ritmo cardíaco.* Ahora bien: si al lado de este hecho fisiológico colocamos otro hecho encontrado por Dastre y Morat, creo que el problema quedará resuelto en pro de la excitación de los nervios vasodilatadores. El hecho á que me refiero es el siguiente: excitando en perros curarizados el simpático cervical, Dastre y Morat han visto que se produce palidez de la piel de la oreja, de la mucosa de la lengua, de la epiglotis, de las amígdalas y del velo palatino del lado excitado; y en cambio *los labios, las encías, las mejillas, la bóveda palatina* y *la mucosa nasal del mismo lado presentan un rubor acentuado...* Todo este efecto es debido exclusivamente al simpático (Luciani), y lo causa la excitación simultánea de nervios vasoconstrictores y vasodilatadores, que caminan juntos.

De suerte que, si en mis enfermas encuentro á la vez estos dos síntomas, *dilatación de los vasos* que se distribuyen en diversas regiones de la cara, y *aceleración de los latidos cardíacos,* justo es

admitir que si esta última depende de la excitación del simpático cervical, de donde parten los nervios aceleradores del ritmo cardíaco, también el primer síntoma, la vasodilatación, dependerá de la excitación de los vasodilatadores y no de parálisis de los vasoconstrictores, pues no sé cómo podrían asociarse estos dos fenómenos: excitación para acelerar los latidos del corazón, y parálisis para traer la dilatación vascular.

Resumiendo: *la naturaleza íntima de la neurosis que describo es una excitación del simpático cervical.*

Patogenia.—Ahora bien, ¿de qué depende la mencionada excitación del simpático? La fisiología y la clínica vienen otra vez en mi auxilio.

La clínica enseña que la enfermedad se desarrolla en menopáusicas (hasta ahora sólo en ellas he encontrado la neurosis), que algunas padecen del aparato genital, y que las exacerbaciones de estos padecimientos provocan los accesos, al igual que las impresiones morales fuertes.

¿Cómo puede influir la menopausia? Keiffer, de Bruselas, en un artículo publicado en los *Archives de Phisiologie,* considera al útero, con acopio de razones, como órgano excretor encargado de eliminar productos tóxicos durante su función menstrual; si estos productos no se eliminan dan origen á trastornos en la economía, y así «las perturbaciones de la menopausia son resultado de una autointoxicación por productos que el organismo solamente tolera poco á poco, hasta que, suprimida la función genésica, cesan de producirse» (P. Beristain) (1).

Por otra parte, la fisiología ha demostrado que algunas sustancias, introducidas en los vasos, producen efectos vasomotores, por su acción sobre los nervios centrípetos de las paredes vasculares; todo el mundo ha podido observar los efectos de vasodilatación, á veces muy intensos, que produce en la piel la introducción de la ponzoña de ciertos animales, como el piquete de algunos insectos. De este modo las toxinas, acumuladas en la sangre durante la menopausia, pueden obrar sobre los vasos, ó bien directamente sobre el simpático, produciendo excitación; de la misma manera que la estricnina obra sobre la médula espinal, aumentando su poder reflejo.

Pero esa excitación del simpático no sólo sería de origen químico, sino que también puede ser de origen reflejo: algunas de las enfermas, atacadas de la neurosis que estudio, sufren del aparato genital; esos padecimientos provocan dolor, y sabido es que el tono vascular puede ser influído reflejamente por cualquier nervio

(1) *Crónica Médica Mexicana.* Tomo I.

centrípeto. En una de mis enfermas, como lo he dicho antes, siempre que se exacerba su padecimiento ginecológico, aparecen con mayor frecuencia y mayor intensidad los accesos de la neurosis del simpático que vengo describiendo.

De tal fenómeno vienen á facilitar la explicación los siguientes resultados de la experimentación fisiológica: «estimulando el *nervio dorsal del pie,* se observa dilatación de la arteria *safena;* estimulando el nervio *infra-orbitario* ó el *mentoniano,* se tiene dilatación de la arteria *maxilar externa*» (Lœven); pero, frecuentemente, los reflejos se obtienen en territorios vasculares muy apartados de los nervios centrípetos estimulados. Ahora, por parte del corazón, se observa que, excitando el *plexo-ciático* con estímulos eléctricos, se produce, por vía refleja, aceleración del ritmo cardíaco; «excitando las ramas sensitivas de las raíces posteriores de los nervios espinales, se produce, ya retardo (Cl. Bernard), ya aceleración del ritmo» Aop); los nervios musculares, excitados intensamente, producen inhibición, débilmente, aceleración (1).—Aplicando estos datos de la fisiología á la clínica, puedo decir que en mis enfermas la excitación, partida desde los órganos genitales, y llevada á través de los nervios centrípetos que de allí parten, se refleja en la médula (donde se encuentran los centros de los nervios vasculares, y los centros de los nervios aceleradores del corazón), y de allí, por mediación de los ramos comunicantes, pasa á la cadena del simpático, al ganglio cervical inferior y al ganglio torácico ó estrellado.

Pero, ¿por qué razones, siendo muchas veces continua la excitación, la enfermedad se presenta *solamente* por accesos? ¿Á qué se debe esa intermitencia? Aquí, creo yo, es donde interviene el simpático; veamos cómo. En una serie de conferencias dadas en el Instituto Quirúrgico de la Moncloa, de Madrid (Abril y Mayo de 1898), por el sabio y muy sentido Dr. D. Federico Rubio y Galí (2), ese eminente maestro hizo esta afirmación, de orden fisiológico, lógicamente inducida de hechos patológicos: *el sistema del gran simpático funciona por acumulación.* «Quiero decir, añade él, que es un gran aparato de acumulación». Supone que su energía le viene por descargas nerviosas, que partiendo del eje cerebroespinal van al simpático, que las acumula, y luego deja *correr lentamente* la energía nerviosa, según conviene al funcionamiento regular de los órganos á que se distribuye. Los mismos fisiólogos no rechazan esta concepción fisiológica del gran simpático. Matías Duval dice: «el gran simpático no tiene sino una fuerza de préstamo, que proviene de la parte superior del eje nervioso raquídeo»; y en otro lugar:

(1) Luciani: loc. cit.
(2) Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas. Tomo I, pág. 295.

«los ganglios... podrían, á lo más, ser lugares de paso donde se *acumularía* la acción nerviosa venida de más alto» (1).

Aprovechando estos datos para la interpretación de los fenómenos observados en mis enfermas, puedo encadenar así los dispersos eslabones: la excitación *dolor*, llevada por los nervios sensitivos á la médula, se refleja en este centro y se descarga en el gran simpático; los ganglios de este llamado sistema (en este caso los cervicales) acumulan la energía recibida, y cuando se encuentran *saturados* hacen bruscas descargas, que clínicamente se traducen por *taquicardia* y *vasodilatación*.—No dificulto que haya á la vez, como en la experiencia de Dastre y Morat citada más arriba, fenómenos de vasoconstricción en algunos territorios más profundos; pues en una de mis enfermas últimamente observada, en el momento del paroxismo, los síntomas habituales se acompañan de mareos y de *afasia* transitoria, tal como si hubiera espasmo de las arterias cerebrales, y, por consiguiente, anemia de algunos territorios encefálicos.

En resumen: la autointoxicación resultante de la supresión del período menstrual, que puede obrar directamente sobre el simpático, excitándolo, ó bien exagerando su poder reflejo (como lo hacen la estricnina, la picrotoxina y ciertos productos más ó menos patológicos del organismo, como en la uremia y la icteria grave) (Duval); y por otra parte, la excitación nerviosa partida de órganos enfermos, producen, por acción combinada química (toxinas) y refleja, los síntomas de taquicardia y vasodilatación observados en mis enfermas.

Terapéutica.—La base de la terapéutica dirigida contra la *neurosis del simpático cervical,* asienta sobre el conocimiento patogénico de tal dolencia. En las enfermas que padecen enfermedades genitales, el tratamiento dirigido á combatirlas ha logrado disminuir la intensidad y la frecuencia de los accesos; lo mismo ha acontecido con las perturbaciones menstruales; á medida que la menopausia se establece, á proporción que la edad crítica pasa, los accesos mejoran. Esto, que la observación clínica me ha enseñado, dice en términos precisos y claros cuál debe ser la terapéutica que hay que instituir para combatir la neurosis.

Pero como el tratamiento patogénico tiene que ser forzosamente lento y no siempre es seguro, necesitamos, además, recurrir á un plan terapéutico que bien pudiéramos llamar fisiológico: el tratamiento por la electricidad. Yo me he servido del procedimiento recomendado por Erb, en casos de eritromelalgia: se comienza por hacer obrar el polo negativo sobre los nervios y sobre los centros

(1) Matías Duval: *Cours de Phisiologie.* París, 1893.

vasomotores; se emplea una corriente estable, y se añaden algunas conmutaciones, procurando que la corriente sea débil y su acción de corta duración; pues los experimentos de electro-fisiología demuestran que, tanto las corrientes farádicas como las galvánicas, *estrechan los vasos cuando son de fuerza moderada*, pero que si se prolongan ó son muy intensas, provocan la *dilatación* vascular.— El lugar que prefiero es el que se elige para practicar la galvanización del simpático cervical (que Erb propone denominar galvanización del cuello): se coloca el polo positivo al nivel de las últimas vértebras cervicales, y el negativo entre el hueso hioides y el borde del esterno-cleido-mastoídeo, procurando hundirlo lo más posible, con la esperanza de alcanzar el simpático. Se coloca el polo negativo adelante, porque este polo estrecha los vasos; mientras que la acción estable del polo positivo produce vasodilatación. — Intensidad de la corriente, 3,5 miliamperios; duración, dos á tres minutos.

El tratamiento eléctrico durante el acceso lo acorta, y alarga los intervalos.

No hay que olvidar la higiene propia de la menopausia: régimen sobrio, poco excitante y poco azoado; cuidar la libertad del vientre con lavativas diarias ó ligeros purgantes, los paseos al aire libre y el ejercicio moderado (1).

CONCLUSIONES

1.ª Cualquiera que sea la explicación fisiológica y la interpretación patogénica que se dé á la enfermedad que yo he observado, y por más que se arguya que en mis interpretaciones hay mucho de hipotético, queda este hecho en pie, establecido sobre el sólido terreno de la observación: *existe un afecto que viene por accesos, caracterizados principalmente por taquicardia y por dilatación de las arterias que se distribuyen por la cara y de los capilares cutáneos.*

2.ª Sólo he observado la enfermedad en la mujer durante la edad crítica; pero, probablemente, puede presentarse fuera de esas condiciones.

3.ª Tal vez la eritromelalgia, la jaqueca ó la hemicránea, y la neurosis que estudio, son estados patológicos de la misma categoría; forman quizá un solo grupo nosológico, que pudiera estudiarse bajo el epígrafe de *neurosis del simpático*. Para creerlo así me apoyo en doctos clínicos, de cuyo valor vais á juzgar: Eulemberg ha visto, en un caso de jaqueca, aparecer la eritromelalgia (2); en la eritromelalgia, por otra parte, se pueden observar, aunque de un modo

(1) N. Charles: *Cours d'accouchements*, 1892.
(2) Luwin y Benda: *Ueber Erythromelalgie*. Berl. Kl. Vochenschr, 1894.

inconstante, congestión del fondo del ojo, vértigos y empujes *congestivos á la cara* (1); y, por último, en la jaqueca, sobre todo en la neuroparalítica, se observan perturbaciones vasculares semejantes á las de la neurosis que describo; y á mayor abundamiento, el mismo tratamiento eléctrico da resultados en esta neurosis y la eritromelalgia.

¡Ojalá que este mal forjado trabajo contribuya al estudio de las enfermedades del simpático, tan oscuras aún!

UN DATO QUÍMICO PARA LA EXPLICACIÓN DE LA GLUCOSURIA PANCREÁTICA

POR EL DR. D. JOSÉ R. CARRACIDO

Catedrático de Química biológica en la Universidad de Madrid.

La glucosa, para ser convertida *in vitro* en agua y anhidrido carbónico, exige la elevada temperatura y la corriente de oxígeno empleadas en los hornos de combustión; pero *in vivo*, efectúase igual conversión en las suaves condiciones en que los organismos van descendiendo todos los grados de la escala catabólica por el influjo de los agentes catalizadores, llamados *zimasas*, definidos por Oswald (2) como «sustancias que, sin aparecer en los productos finales de las reacciones químicas, modifican la velocidad de éstas».

Cuando se añadió á las causas de la glucosuria ya conocidas la de la extirpación total del páncreas, era una de las novedades más importantes en Fisiología la de las secreciones internas de todas las glándulas; y conforme á este criterio, se explicó la salida anormal de la glucosa por la causa recién descubierta, suponiendo que la glándula extirpada es la que segrega la zimasa catalizadora determinante de la combustión intraorgánica del azúcar. La suposición fué confirmada por R. Lepine (3), extrayendo del páncreas, hecho pulpa, una materia que disuelta en el agua efectúa la destrucción de la glucosa, reduciendo á la mitad la contenida en disoluciones al 0,5 por 100.

Con este experimento parece explicada la glucosuria pancreática; pero no pudo menos de llamar la atención que el organismo, incapaz de quemar el azúcar, queme las grasas, siendo más difícil su combustión, y también otros cuerpos azucarados como la levulosa, según las observaciones de Külz. Para contestar á esta objeción se dijo que la glucosa es hidrolizada ó escindida antes de ser oxidada, y que el páncreas es el encargado de suministrar el agente de la

---

(1) Bouley: Art. *Erythromelalgie*, en el *Manuel de Médécine*, de Debove y Achard.

(2) *La force catalytique et ses applications. Revue Scientifique* (quatrième), tom. XVII, pág. 641 (1902).

(3) *Compt. rend. Ac. Sc.*, tom. CXX., pág. 189

hidrolisis ó de la escisión, reduciendo la molécula del azúcar á fragmentos, sobre los cuales actúa finalmente el oxígeno, quemándolos. El supuesto producto pancreático es el llamado por Lepine *fermento glucolítico*.

Esta contestación ha sido replicada por el hecho de aparecer el ácido glycurónico ($C^6 H^{10} O^7$) en la orina de los individuos á quienes se les administra alcanfor, benceno, hidrato de cloral y todos aquellos cuerpos que dificultan las oxidaciones intraorgánicas, poniéndose así en evidencia que la glucosa empieza á oxidarse sin previa segmentación, subsistiendo todavía íntegra la cadena de los seis átomos de carbono que forman su molécula; de todo lo cual se infiere que la explicación de la glucosuria pancreática es muy deficiente.

Nuevos datos aportados por investigaciones de la Química biológica (y, que yo sepa, no tomados en cuenta todavía) creo que arrojan mucha luz sobre el oscuro mecanismo de la intervención del páncreas en la utilización de la glucosa como material generador de calor y de trabajo.

***

Son los *protéidos* los cuerpos albuminoídeos más complejos, los cuales contienen sobre el fondo común de moléculas proteínicas diferentes *grupos prostéticos*, como la hematina en la oxihemoglobina y los ácidos nucleínicos en las núcleo-albúminas, desempeñando mediante dichos grupos sus respectivos papeles en las acciones coordinadas del proceso metabólico. Entre los protéidos, representan el grado supremo de la complejidad los *gluco-núcleo-protéidos*, cuyos grupos prostéticos son ácidos nucleínicos, y además azúcares. Estos complejísimos protéidos fueron descubiertos por Hammarsten en la glándula mamaria y en el páncreas, y por Kossel en la levadura de cerveza (1).

Se supone que el contenido en la primera de las mencionadas glándulas es el que por desdoblamiento y transformaciones ulteriores produce la lactosa y el albuminoide fosforado, la caseína, que forman parte de la secreción láctea. Respecto al papel del gluco-núcleo protéido de la levadura de cerveza, no tengo noticia que se haya dicho cosa alguna; pero no puede menos de llamar la atención su presencia en un organismo que en las sucesivas etapas del proceso metabólico recoge y destruye grandes cantidades de glucosa. Del protéido del páncreas, químicamente congénere de los dos anteriores, es menos perceptible su papel fisiológico; pero en su formación y descomposición sospecho que debe residir el mecanismo de la oxi-

(1) Carracido: *Tratado de Química biológica*, pág. 220.

dación intraorgánica de la glucosa, y por consiguiente, la clave reveladora de la glucosuria, que aparece al ser extirpada dicha glándula. Creo ver una confirmación indirecta, pero muy valiosa de mi sospecha, en las ideas de Arrhenius y Madsen, encaminadas á explicar la acción de las toxinas y antitoxinas conforme á los nuevos principios de la Físico-química (1).

***

Según los dos citados investigadores, la lisina tetánica en su acción hemolítica presenta dos fases. En la primera, actuando la tetanolisina sobre la materia del corpúsculo sanguíneo, se une parte de aquélla formando una combinación fácilmente disociable; y en la segunda, la parte de la lisina no combinada es la que realiza la hemolisis. Sustituyendo el agente hemolítico por el hidrato sódico, éste se une con rapidez al eritrocito formando una asociación muy estable, y sólo en el caso de ser muy pequeña la cantidad de glóbulos respecto á la del álcali aparece la hemolisis; pero no sucede así con la lisina tetánica, la cual se combina lentamente y con poca estabilidad, quedando siempre parte de aquélla libre, como acontece en los equilibrios químicos de la eterificación producida por ácidos débiles.

Estas investigaciones, extendidas á la acción de las antitoxinas sobre las toxinas, indujeron á Arrhenius y á Madsen á considerar estos fenómenos bioquímicos como casos particulares de la disociación electrolítica, análogos al equilibrio químico producido entre el ácido bórico y el amoníaco, y como él, variable según la concentración ó la dilución de las disoluciones. Después de los estudios de Croft Hill (2) y de otros (3), relativos á la *reversibilidad de la zimohidrolisis*, los cuales han revelado que el mismo fermento puede ser hidratante ó deshidratante, aunque siempre parcialmente, según la proporción relativa de los cuerpos antagónicos coexistentes en las mezclas, resulta que lo más lógico es atribuir el equilibrio móvil de la materia viva á la alternación de reacciones limitadas, comparables á las polimerizaciones y despolimerizaciones que mutuamente se suceden por ligeros cambios físicos ó químicos del medio en que la transformación se efectúa.

Examinando con este criterio el papel que debe desempeñar el gluco-núcleo-protéido del páncreas, resulta muy en armonía con los

---

(1) Véase en la revista inglesa *Nature* el artículo firmado por A. Harden (Diciembre 4, 1902, pág. 189; en la *Revue Scientifique* (Enero 10, 1903), pág. 58, y en el *Bullet. de l'Instit. Pasteur*. Tom. I, págs. 498 y 855 (1903).

(2) *Transactions of the Chemical Society*, 1898, pág. 634, y *Journ. of the Chem. Society*, 1903, pág. 578.

(3) Kastle y Læwenhard, y Acree y Hinkins en los Estados Unidos; Hanriot en Francia; Wroblewski en Cracovia; Emmerling, E. Fischer y Armstrong en Alemania.

datos precedentes atribuirle el de recolector de la glucosa, constituyendo una combinación muy compleja, y por consiguiente muy inestable para que al disociarse adquiera el azúcar aquella gran impresionabilidad química, ya de antiguo señalada como peculiar al estado naciente. A la manera que las variaciones cuantitativas de la supuesta *cromatina* en los núcleos de las células se interpretan hoy como grados de disociación de los núcleo-protéidos, de los cuales se separan moléculas proteínicas utilizables para el proceso metabólico, quedando nucleínas más ácidas que los protéidos de que son residuo, muy aptas para retener nuevas moléculas de proteína que habrán de separarse en ulteriores disociaciones, el protéido del páncreas podrá en series de momentos alternos retener la glucosa y desprenderla cuando la zimasa, por la reversibilidad de su acción, determina el tránsito de la fase anabólica á la catabólica. Entonces el azúcar, más impresionable por los agentes químicos, al disgregarse del gluco-núcleo-protéido, podrá ser atacado por los reactivos que en el interior del organismo degradan su molécula poniendo en libertad la energía potencial en ella contenida, como sucede *in vitro* en el caso de elevar la temperatura, hasta el punto en que el oxígeno puede quemarla.

Como no hay órgano sin función, no hay especie química sin papel propio en las mutaciones materiales de los mecanismos organizados; y si el de los gluco-núcleo-protéidos de la glándula mamaria y de la levadura de cerveza se vislumbra con facilidad, el del protéido análogo del páncreas, después de conocida la intervención de este órgano en el aprovechamiento de la glucosa, se revela con las mismas probabilidades que el de sus congéneres como factor positivo del metabolismo del azúcar; y creo que todas las consideraciones precedentes, aunque fundadas sobre el criterio de analogía, compelen á señalar como causa inmediata de la glucosuria pancreática la ausencia del complejísimo protéido encargado de sensibilizar la glucosa para el fin de su combustión intraorgánica.

CONTRIBUCIÓN Á LA PRÁCTICA DE LA ANESTESIA QUIRÚRGICA

POR MEDIO DE LA COCAÍNA EN INYECCIONES RAQUIDIANAS SUBARACNOÍDEAS

POR EL DOCTOR SPREÁFICO

Del Instituto Rubio.

Durante el mes de Diciembre de 1900 tuve ocasión de emplear por primera vez el método de Bier, usando la técnica de Tuffier, tal como este profesor la describió en *La Semaine Médicale* del 19 de Mayo de 1900.

Los resultados analgésicos fueron sorprendentes en todos los casos, sin clase alguna de complicaciones, tanto en el acto operatorio como después de éste; pudiendo comprobar todo lo expuesto por el Dr. Tuffier, sobre la marcha de los fenómenos que se presentan durante y después de la intervención operatoria.

Por circunstancias ajenas á mi voluntad, mejor dicho, por carecer de personal competente y de absoluta confianza, que me siguiese preparando las soluciones de cocaína en la forma aconsejada por Tuffier, dejé durante algunos meses de usar este método de anestesia; del cual había quedado tan satisfecho y complacido, que llegué á estimarlo superior al de la cloroformización y muy por encima y más práctico y seguro que el de Reclus, por las inyecciones locales de la misma cocaína en la región ó plano en que se deba operar.

Durante los meses en que suspendí el método de anestesia referido, sobrevinieron, por consecuencia de él, algunos casos de muerte ocurridos entre manos expertas en la práctica de la técnica del procedimiento, y que lo empleaban en aquellos en quienes era susceptible de usarse. Entonces, en vista de tales hechos, mi ardor y entusiasmo decayeron en alto grado, no habiendo vuelto á usarlo posteriormente, si bien sigo creyendo que es un método de gran porvenir y que llegará un día en que sustituirá á la anestesia por el cloroformo ó el éter en los casos en que pueda ser practicado.

Desde la época que cito á la actual, el empleo de la anestesia ó analgesia por la vía raquidiana se ha extendido de una manera considerable; y desde el primer trabajo y operación de Quincke, sobre la punción lumbar como medio terapéutico, á los recientes de Guinard, Ravaut y Aubourg, de París, existe una diferencia enorme, abriéndose nuevos horizontes y haciendo renacer la esperanza (más, casi la seguridad) de que el método se impondrá en no lejano plazo, por su completa inocuidad y por las grandísimas ventajas que tiene sobre los restantes métodos de anestesia.

En los casos en que lo empleé, nunca tuve por qué arrepentirme; la analgesia fué siempre completa y más que suficiente, por su duración, para poder llegar al término del acto operatorio, persistiendo la anestesia no poco tiempo después de la intervención en varios de los casos.

Los accidentes que mis enfermos sufrieron durante la operación fueron nulos en seis casos; en los cuatro restantes consistieron en náuseas y vómitos ligeros.

En uno solo tuve que terminar la operación con el cloroformo, debido probablemente á la poca cantidad de cocaína inyectada, ó quizá á una idiosincrasia particular de la enferma, pues la anestesia sólo duró de treinta y cinco á cuarenta minutos.

Jamás observé sincopes, desfallecimientos ni fiebre elevada; en

un solo enfermo llegó el termómetro á 38°, y se trataba de uno que padecía una artritis tuberculosa del tarso anterior, con integridad del calcáneo.

La cefalalgia, en cambio, fué siempre constante, durando desde dos á treinta y seis horas, en algún caso violenta; pero cedió siempre sin emplear ningún medicamento interno.

Tengo la convicción de que si todos los cirujanos hubieran seguido exactamente la técnica de Tuffier, respecto de la preparación (sobre todo) y dosis de la cocaína, no hubieran ocurrido los casos desgraciados imputables al método: pues si analizamos estos casos, veremos que en todos se ha sobrepasado la dosis que, como máxima, aconsejó dicho autor; y la manera de preparar las soluciones, larga, enojosa y difícil, ha sido muy diferente de como él la recomendó.

En los seis casos de defunción citados por Tuffier en su monografía, publicada en 1901, sobre *La analgesia quirúrgica por la vía raquidiana*, ninguno de ellos, ni aun el de la enferma que murió á consecuencia de un edema pulmonar agudo, algunas horas después de la operación, puede atribuirse al método; pues en dicho caso tratábase de una eventración enorme, afección que, como sucede en los viejos herniados, va siempre acompañada de fenómenos morbosos por parte del aparato respiratorio.

La relación que existe entre ciertas cefalalgias y la hipertensión del líquido céfalo-raquídeo, dió lugar á que los Doctores Guinard, Ravaut y Aubourg pensaran en disminuir tal aumento de tensión del aparato cerebro-espinal, practicando una punción raquidiana, á fin de conseguir tal efecto y obtener la desaparición de la cefalalgia.

En los treinta casos en que usaron este procedimiento, los resultados obtenidos fueron idénticos: desaparición completa del dolor; mas comprobaron al mismo tiempo que el líquido céfalo-raquídeo extraído por esta segunda punción no presentaba los caracteres normales; era siempre turbio, rojizo, y al centrifugarle daba lugar á la producción de un precipitado (culot) abundante y de color amarillo, que examinado al microscopio, contenía gran cantidad de polinucleados, llegando el número de éstos, en los casos en que el líquido era muy turbio, á ser de 8 á 9.000 por milímetro cúbico.

Habiendo encontrado la causa de estos accidentes meníngeos, continuaron los experimentos, efectuando punciones raquidianas y exámenes del líquido céfalo-raquídeo extraído en días sucesivos; comprobando, por el análisis citológico, que al cabo de varios días los polinucleados disminuían, siendo reemplazados gradualmente por linfocitos, y éstos, á su vez, desaparecían en plazos de ocho á veinte días, recuperando de nuevo su normalidad la composición del líquido céfalo-raquídeo.

Al mismo tiempo que desaparecían estos elementos extraños del líquido céfalo-raquídeo, los fenómenos que el enfermo presentaba se iban disipando, coincidiendo la vuelta al estado normal con su desaparición absoluta. La desaparición rápida de estos elementos prueba la no cronicidad de las alteraciones que pudieran presentar las meninges, puesto que esta reacción meníngea es muy sensible y el citodiagnóstico las demostraría en caso contrario.

Dichas experiencias han sido comprobadas posteriormente por otros cirujanos; y al conocer, por lo tanto, la naturaleza y causa de tales accidentes, han buscado la de esta reacción meníngea. A tres causas se podían achacar estos fenómenos: á la punción de las meninges, al agua de la solución y á la cocaína.

Los trabajos de los Sres. Guinard, Ravaut y Aubourg son muy interesantes; parecen dar con la causa real de estos fenómenos, y al mismo tiempo suministran el procedimiento para impedir su producción.

Actualmente se puede afirmar que los accidentes que se observan en raras ocasiones por la punción de las meninges raquidianas no son producidos por la misma punción, sino por faltas ó defectos en la manera de verificarla; además, en estos mismos casos de irritación meníngea producida por la punción, nunca se observan los fenómenos de reacción celular de que he hablado; deduciéndose, por lo tanto, que la única causa de estos fenómenos es la introducción de una sustancia extraña en el líquido céfalo-raquídeo.

Habiéndose dicho por varios autores que las causas de tales accidentes meníngeos eran dependientes de los procedimientos de esterilización empleados, que alteraban y descomponían la cocaína, los Dres. Herisey y Lhospitalier demostraron palpablemente lo infundado de dichas afirmaciones, viniendo á comprobarlo más la larga práctica del Dr. Reclus, quien desde hace años emplea las soluciones de cocaína esterilizadas á altas temperaturas; no obstante lo que, han conservado siempre aquéllas sus propiedades asépticas y analgésicas.

Quedaba, por tanto, la duda de si sería la cocaína ó el agua de la disolución la causa de los accidentes meníngeos; y para salir de aquélla verificaron entonces inyecciones intra-raquidianas con la misma dosis de cocaína, pero sustituyendo el agua por el mismo líquido céfalo-raquídeo, para lo cual se extrajeron del propio enfermo, y por la punción raquidiana, dos y medio centímetros cúbicos de dicho líquido, agregándole cuatro gotas de una solución esterilizada de cocaína en las proporciones ordinarias, es decir, al 1 por 10, correspondiendo, por consiguiente, á las cuatro gotas dos centigramos de cocaína, considerando los experimentadores como insignificante la pequeñísima cantidad de agua de la solución, y á

fin de poder demostrar que si los accidentes se presentaban, serían imputables á la cocaína. Mas no ocurrió así; ningún accidente se presentó, y no se pudo comprobar en el líquido céfalo-raquídeo ninguna reacción celular al examinar dicho líquido algunas horas después del experimento.

Los profesores Guinard, Ravaut y Aubourg aún hicieron más para cerciorarse de que la cocaína no era la causa de los accidentes.

En dos cancerosos inoperables y que sufrían intensos dolores, practicaron una punción raquidiana, seguida de una inyección de dos centímetros cúbicos de agua esterilizada, sin cocaína ni medicamento alguno, presentándose en los dos enfermos, algunas horas después de la inyección, una cefalalgia intensa acompañada de fiebre alta, que llegó en uno de ellos á 41,7°. Inútil es decir que no experimentaron ninguna mejoría en sus dolores.

Hecha una nueva punción lumbar al día siguiente, desaparecieron la cefalalgia y la fiebre, y el examen microscópico del líquido nuevamente extraído, que era turbio y salía con gran tensión, demostró la presencia de una gran cantidad de polinucleados. En una palabra: los enfermos aquejaron los mismos síntomas, aún más intensos si cabe, que los que se presentaron en los sujetos anestesiados con una solución acuosa de cocaína, no pudiendo, al proceder así, acusar á dicho medicamento de los efectos expresados, puesto que no se les había inyectado. Esta última experiencia demostraba, de una manera indiscutible, que no son debidos dichos accidentes á la cocaína, y sí solamente al agua en que se disuelve dicho medicamento para poder verificar la inyección.

Para explicar la acción nociva que tiene el agua sobre el líquido céfalo-raquídeo, los eminentes profesores citados, después de repetir las experiencias, han enunciado una hipótesis, con muchos visos de verosimilitud, fundada en la diferencia que existe entre el punto crioscópico de las soluciones acuosas de cocaína (—0,10) y el del líquido céfalo-raquídeo (—0,60, término medio). Al inyectar una cantidad determinada de agua ó de una solución acuosa cualquiera en el saco dural, no siendo el punto crioscópico del agua idéntico al del líquido céfalo-raquídeo, el organismo trabaja para reparar esta diferencia, produciendo una cantidad mayor de dicho líquido, que haga desaparecer, inundando, por decirlo así, las de agua ó líquido inyectado, buscando aquél, por este medio, la normalidad del punto crioscópico que tenía antes de la inyección el líquido céfalo-raquídeo.

Esta hipótesis explicaría la hipertensión de este líquido después de la inyección y también la desaparición de los accidentes meníngeos tan pronto como se da salida al nuevo líquido, producido por la inyección, al practicarse la segunda punción.

Demostrado, por estas y otras múltiples experiencias, lo fundamental de la verdad de dicha hipótesis, y muy especialmente la de que la única causa de los accidentes de reacción meníngea é hipertensión se debe solamente á la cantidad de agua empleada en las soluciones de cocaína inyectada; á fin de obtener la anestesia por el método que nos ocupa, los citados profesores tuvieron la feliz idea de incorporar la cocaína al líquido céfalo-raquídeo, utilizando éste como vehículo.

Dos procedimientos pusieron en práctica, basados en los datos que suministra la fisiología experimental.

El primero, ó sea el de las soluciones concentradas, consiste en agregar al líquido céfalo-raquídeo extraído, en el acto mismo, las gotas que se vayan á emplear de una solución de clorhidrato de cocaína al 1 por 10, conteniendo un centigramo por cada dos gotas.

Con este procedimiento desaparecen los síntomas de irritación meníngea y los accidentes, comunes y casi constantes, de las inyecciones cuando emplean las soluciones acuosas.

Además, este procedimiento es racional desde el punto de vista fisiológico y está conforme con las leyes de la isotonia y con los trabajos sobre la crioscopia del líquido céfalo-raquídeo de los señores Vidal, Sicard y Ravaut.

Mas siendo la técnica muy complicada, puesto que hay que mezclar la cocaína y el líquido céfalo-raquídeo en un recipiente, contar la solución por gotas, aspirar después el líquido, etc., en una palabra, no pocas manipulaciones, y usar instrumentos que se pueden infectar, idearon el segundo procedimiento, mucho más fácil, más sencillo y tan racional como el primero, llamado el de las soluciones isotónicas.

Se prepara una solución de cocaína, cuyo punto crioscópico sea de 0,60 y contenga, por tanto, cada cuarto de centímetro cúbico un centigramo de cocaína. Esta solución se conserva en ampollas de vidrio, de un centímetro cúbico de capacidad, conteniendo por tanto cuatro centigramos de cocaína. En el momento de usarse se aspira con una jeringa, de tres centímetros cúbicos de capacidad, solamente la cantidad de solución que se deba inyectar; se hace en seguida la punción lumbar, dejando escapar una cantidad de líquido céfalo-raquídeo igual á la disolución que hay en la jeringa; ésta enchúfase entonces en la aguja, y se aspira lentamente dicho líquido hasta llegar á llenarla por completo, inyectando seguidamente la mezcla resultante en el líquido céfalo-raquídeo.

De este modo, la cantidad de solución está dosificada de una manera exacta y al abrigo del aire, puesto que la mezcla se efectúa dentro de la misma jeringa.

Aún han perfeccionado este procedimiento los Dres. Guinard, Ravaut y Aubourg, haciendo construir una jeringa especial, dando una fórmula que se aproxima, más que la primitiva, al punto crioscópico tantas veces mencionado y aconsejando cambios en la técnica, sitio de la punción, etc., trabajos todos publicados en *La Presse Médicale* de 5 de Noviembre de 1902.

Entre los 130 enfermos anestesiados por el último procedimiento, sólo tres padecieron la cefalalgia, constante con el método primitivo, no habiéndose observado nunca hipertermia, si bien persistieron, aunque bastante atenuados, los vómitos, los mareos y el estado nauseoso, durante el periodo anestésico; fenómenos imputables, sin duda alguna, á la conocida acción de afinidad de los elementos nerviosos para con la cocaína.

Los horizontes que se vislumbran con estos perfeccionamientos son muy extensos, pues no hay duda alguna de que el método en general es útil y aun necesario en muchas de las intervenciones quirúrgicas; teniendo yo la esperanza de que dentro de algunos años será de uso corriente, sin ofrecer peligro de ningún género, haciendo desaparecer el justo miedo que se apoderara de mí, después de emplearlo, ante los hechos desgraciados observados.

Hecho constar esto, paso á la exposición de algunas de mis personales observaciones:

1.ª 5 de Diciembre de 1900.—J. G., de treinta y cinco años. Artritis tuberculosa supurada del macizo tarsiano anterior. Amputación osteo-plástica de Sinck. Inyección de 15 miligramos de cacaína. Durante el acto operatorio el enfermo habló con los circunstantes. Cefalea ligera, de corta duración, cuatro horas después de la operación. Reacción febril máxima, 38°.

2.ª 7 de Diciembre de 1900.—T. R., de veinticinco años, nulípara. Endometritis crónica (¿gonocócica?), cuello cónico. Amputación y raspado. Inyección de 9 miligramos de cocaína; anestesia completa; ningún accidente durante la operación; después, ligera cefalea de corta duración.

3.ª 10 de Diciembre de 1900.—A. T., de cuarenta y ocho años. Tumores hemorroidales internos. Operación de Whitehead. Inyección de 15 miligramos de cocaína. Ningún accidente, ni durante ni después de la operación.

4.ª 13 de Diciembre de 1900.—J. M., de cincuenta y cinco años, multípara. Endometritis fungosa. Dilatación con los Hegar, raspado. Inyección de 15 miligramos de cocaína. Náuseas y vómitos ligeros durante la operación; después, cefalea poco intensa.

5.ª 14 de Diciembre de 1900.—U. P., de treinta y ocho años. Antigua fractura conminuta del fémur derecho, con salida de fragmentos al exterior. Amputación por el tercio superior á gran colga-

jo interno. Inyección de 15 miligramos de cocaína. Nada de importancia en el acto operatorio; algunos mareos. Cefalea de corta duración después.

6.ª 15 de Diciembre de 1900.—M. G., de treinta años. Trayecto fistuloso en la región sacra. Dilatación y legrado; encontróse un trayecto que comunicaba con la cavidad pelviana, aplazándose para hacer una laparotomía. Se inyectaron solamente 8 miligramos de cocaína. La analgesia, que fué perfecta, duró poco tiempo, terminándose la operación con la anestesia general por el cloroformo. Ningún accidente, ni durante ni después del acto operatorio.

7.ª 16 de Diciembre de 1900.—I. C. Ulceras varicosas de la pierna izquierda. Resección de la safena interna (4 centímetros). Cocaína inyectada, 15 miligramos. Náuseas durante la operación, seguidas de cefalalgia intensa, que duró veinticuatro horas.

8.ª 18 de Diciembre de 1900.—S. G., de veintiséis años. Osteomielitis supurada de la tibia izquierda. Resección subperióstica. Inyectáronse 20 miligramos de cocaína. Durante la operación, vómitos y malestar general; después, ligera cefalalgia.

9.ª 20 de Diciembre de 1900.—M. M., de veinticinco años. Endometritis crónica con estenosis del cuello. Dilatación con los Hegar y raspado. Cocaína inyectada, 10 miligramos. Vómitos cortos y mareos durante el acto operatorio; después, cefalalgia aguda de dos horas de duración.

10.ª 22 de Diciembre de 1900.—M. P., de cuarenta y cinco años. Lipoma gigante muslo derecho. Extirpación. Inyección de 15 miligramos de cocaína. Nada digno de mencionar durante la operación; cefalalgia intensa después.

EL DIAGNOSTICO PRECOZ DE LA TABES DORSAL

(Conclusión)

POR EL DR. ENRIQUE FERNÁNDEZ SANZ

III.—DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA TABES DORSAL INCIPIENTE

El precedente estudio de los elementos de diagnóstico ha demostrado la variedad de síntomas que puede en sus comienzos presentar la tabes; esta multiplicidad de aspectos es razón sobradamente justificativa de que su diagnóstico diferencial sea siempre labor ardua y prolongada, y explica suficientemente las equivocaciones que suelen cometerse con frecuencia en la práctica.

Para facilitar esta difícil tarea, y para disminuir en lo posible las probabilidades de error, me he detenido en la valoración de los

síntomas precoces; ahora debo comparar esos síntomas, de valor ya conocido y de representación definida, con los similares observados en otras enfermedades, fijando sus analogías y sus diferencias, apreciando su modo de agrupación, su evolución y su génesis, para llegar, una vez en posesión de todos estos datos, á la definitiva resolución del problema diagnóstico.

Como el proceso tabético da lugar á determinaciones en la mayor parte de los órganos de la economía; como sus manifestaciones iniciales son tan múltiples como variadas; como el comienzo de su evolución puede adoptar muy diversas formas, es preciso que la discusión del diagnóstico diferencial abarque numerosas afecciones, algunas de ellas, en apariencia, muy distintas de la tabes, aunque detalladamente consideradas revelan con ésta más de un punto de contacto, que puede inducir á un error diagnóstico.

Esta complejidad del material de estudio es causa de que el diagnóstico diferencial sea forzosamente dilatado y prolijo, expuesto á confusión y á enojosas repeticiones; para obviar en lo posible estos inconvenientes, sin menoscabo de la integridad del asunto, se impone la necesidad de seguir un método riguroso, agrupando las enfermedades que han de ser objeto de discusión según sus mutuas afinidades sintomáticas, empezando por aquellas que más estrecho parentesco ofrecen con la tabes, para seguir por una lenta gradación, hasta terminar por las que sólo tienen con ella un remoto parecido.

Las primeras serán objeto de especial atención, estudiando minuciosamente sus caracteres, porque son las más expuestas á confusiones diagnósticas. Las últimas no requieren un diagnóstico diferencial tan detenido, bastando con una rápida enumeración de las posibles causas de error y de los datos que nos permiten evitarlo.

Siendo la tabes dorsal, no exclusivamente, pero sí principalmente, una enfermedad medular, debe hacerse en primer término su diagnóstico diferencial con las demás mielopatías, y concretando más, con un determinado grupo de éstas, con las que tienen su asiento anatomo-patológico en los cordones posteriores.

En un trabajo, todavía inédito (*La paraplegia espasmódica*, estudio de Patología general medular), he demostrado que pueden admitirse en fisio-patología medular cuatro síndromes fundamentales, en relación con la lesión de otras tantas regiones: 1.°, el de las astas anteriores (amiotrofia y parálisis); 2.°, el de los cordones laterales (parálisis y contractura); 3.°, el de la sustancia gris central (anestesia disociada y trastornos tróficos); y 4.°, el de los cordones posteriores (trastornos sensitivos é incoordinación motora); pudiendo respectivamente citarse como enfermedades tipos de cada

uno de estos síndromes: la parálisis espinal infantil, la parálisis espinal espástica, la siringomielia y la tabes dorsal.

Es esta última afección indudablemente la de mayor importancia entre todas las que presentan en su sintomatología el síndrome de los cordones y raíces posteriores; puede añadirse también que es la única que, por lo menos en algún período de su evolución, le presenta en toda su pureza, sin mezcla de ningún otro síntoma extraño al mismo; y por esta causa, si algún error diagnóstico se comete, es más bien el de llamar tabes dorsal á lo que realmente no lo es, que no el inverso.

Entre las enfermedades que presentan como síntoma dominante la ataxia y como lesión principal la de los cordones medulares posteriores, debo mencionar, en primer lugar, ciertas formas de intoxicación por el cornezuelo de centeno, que producen la llamada *tabes ergotínica*. Hay en estos casos abolición del reflejo rotuliano, signo de Romberg, incoordinación motora, parestesias, analgesia y hasta dolores fulgurantes y en cinturón; pero, á pesar de estas analogías, hay suficientes datos positivos para poder hacer un exacto diagnóstico. En efecto: á los síntomas dichos se agregan accesos convulsivos y trastornos mentales muy precoces é importantes (maníacos ó melancólicos); además, faltan los síntomas oculares, en especial el signo de Argyll-Robertson; por último, son también signos diferenciales el carácter epidémico de la afección, y la evolución rápida.

Con estos accidentes medulares de origen indiscutiblemente tóxico, se conexionan otros que reconocen la misma patogenia y que se incluyen en el grupo de las esclerosis medulares combinadas: son los debidos al latirismo, á la pelagra y á la anemia perniciosa. En el *latirismo* predominan los síntomas de contractura, que dan el cuadro de la paraplegia espasmódica; siendo, por consiguiente, muy sencillo el diagnóstico diferencial con la tabes. En el caso de la *pelagra* la confusión no es tan difícil, pues hay fenómenos atáxicos muy pronunciados, sobre todo en los miembros superiores; pero los síntomas de paraplegia espasmódica con exageración de los reflejos rotulianos y contractura, unidos á la rica sintomatología y á la característica historia del enfermo pelagroso, así como la ausencia del signo de Argyll-Robertson, facilitan mucho el diagnóstico. Los trastornos medulares de la *anemia perniciosa* son más parecidos á la tabes que los anteriores; consisten en parestesias, dolores espontáneos, parecidos á los fulgurantes, y alteraciones motoras, mezcla de parálisis y de ataxia, dominando en unos enfermos la primera, y en otros la segunda. (Dejerine.)

Sin embargo, los trastornos de coordinación son algo distintos de los observados en los tabéticos: no lanzan las piernas al andar

con tanta fuerza como estos últimos, sino que titubean y oscilan; siendo la marcha, vacilante, reveladora de la debilidad muscular asociada á la incoordinación. Aunque los reflejos tendinosos están, generalmente, disminuídos ó abolidos, en algunos casos se han encontrado exagerados. Faltan dos importantísimos grupos de síntomas tabéticos: los oculares (signo de Argyll-Robertson) y los esfinterianos. Por último, un argumento fundamental y decisivo para el diagnóstico es el estado general del enfermo: un tabético incipiente, si no tiene más enfermedad que la tabes iniciada, presentará un estado general excelente, sin que su nutrición se resienta en lo más mínimo; el aspecto del enfermo que padece anemia perniciosa es lo bastante característico para alejar todo motivo de equivocación.

La *parálisis general* es una enfermedad estrechamente relacionada con la tabes por varios conceptos; tanto, que hay quien ha llegado á fundirlas en una sola especie morbosa, afirmando que la parálisis general es la tabes localizada en el cerebro, y la tabes la parálisis general determinada en la médula. Esta íntima analogía, que se convierte en identidad para algunos, justifica que me detenga en el estudio de su diagnóstico diferencial. He de comenzar por afirmar que cualesquiera que sean las conexiones etiológicas, patogénicas, anatómicas y sintomáticas que enlazan á ambas afecciones, deben considerarse como entidades distintas: serán todo lo parecidas que se quiera, podrán asociarse en mayor ó menor proporción, pero la clínica demuestra que no son iguales; por eso es preciso hacer un diagnóstico diferencial, superfluo si se tratara de localizaciones diversas de una afección única. Los errores diagnósticos pueden ser debidos á dos causas: 1.ª, á que un tabético presente trastornos cerebrales más ó menos parecidos á los de la parálisis general; 2.ª, á que un paralítico general ofrezca trastornos sensitivos y de incoordinación motora, análogos á los de la tabes. No hay que olvidarse de que estoy tratando únicamente del diagnóstico precoz: en los casos de proceso confirmado con síntomas bien patentes, la confusión es imposible, pues ó presenta el enfermo síntomas de una sola de las afecciones ó de las dos á la vez: si lo primero, no hay para qué hacer diagnóstico diferencial; si lo segundo, hay que admitir que se trata de un hibridismo tabeto-paralítico. Por consiguiente, el único problema que en la práctica se presenta es el de averiguar si un enfermo, en los comienzos de su mal, padece de tabes ó de parálisis general, ó de ambas á la vez, ó de ninguna de las dos. Claro es que para que esta duda surja en el ánimo del observador es preciso que el enfermo presente á la vez síntomas cerebrales y medulares. Veamos cómo puede explicarse esta combinación de síntomas, y qué valor debemos darles: 1.º Un tabético puede presentar trastornos intelectuales de orden puramente funcional (neurasténico ó histérico), ó

debidos á determinaciones sifilíticas en el encéfalo, ó, por último, genuinamente paralíticos, debidos á una parálisis general asociada; por consiguiente, una vez demostrada la existencia de la tabes por la observación de sus síntomas propios (véase el capítulo anterior), debemos hacer un minucioso análisis de las perturbaciones intelectuales en sí, y determinar si deben atribuirse á la neurastenia, á la sífilis cerebral ó á la parálisis general; en ningún caso la existencia de cualquiera de estas afecciones invalidará el diagnóstico directo, previamente hecho, de tabes dorsal, pues todas son compatibles con ella. 2.° Un paralítico general puede presentar trastornos medulares de apariencia tabética: si el proceso paralítico se encuentra en sus comienzos y los síntomas tabéticos son bien manifiestos, debe hacerse el doble diagnóstico de parálisis general y tabes dorsal asociada; si la parálisis ha llegado á un período avanzado de su evolución cuando aparecen los trastornos tabéticos, el diagnóstico de tabes dorsal no se impone, pues las lesiones medulares de la parálisis general, localizadas en los cordones posteriores y laterales, y afectando á veces no sólo á la médula, sino también á las meninges, entran en el grupo de las esclerosis combinadas en unos casos, de las meningomielitis difusas en otros. Por este motivo, por la preferente localización de las lesiones medulares de la parálisis general en los cordones posteriores y laterales, es por lo que he colocado su diagnóstico diferencial á continuación del de las demás esclerosis combinadas. Las bases del diagnóstico consisten en la observación de los signos de lesión de los cordones laterales, y en la preexistencia de los síntomas psíquicos y somáticos de la parálisis general. 3.° Un enfermo con antecedentes sifilíticos puede presentar síntomas encefálicos y medulares (incluso los signos de Argyll-Robertson y de Westphal) que simulen la coexistencia de la tabes y de la parálisis, y, sin embargo, no padecer realmente ninguna de estas dos afecciones, sino simplemente una sífilis cerebro-medular, susceptible de alivio, y aun de curación, mediante un tratamiento específico enérgico y adecuado; pero este punto, de gran importancia práctica, será tratado en lugar oportuno.

Aparte de estas esclerosis combinadas, especializadas por su patogenia (*latirismo, pelagra, anemia perniciosa, parálisis general*), hay otras que no han logrado aún ser individualizadas, y que, por lo tanto, deben agruparse bajo la denominación común de *esclerosis ó tabes combinadas de causa desconocida*: en ellas incluye Dejerine la *tabes dorsal espasmódica*, fundándose en que sus lesiones no se limitan al cordón lateral, sino que afectan también á los posteriores; pero clínicamente se revelan únicamente por la paraplegia espasmódica, y por consiguiente, el diagnóstico diferencial con la tabes dorsal huelga en absoluto. En todas las tabes combinadas, las

lesiones afectan á los manojos de Goll, de Burdach, al piramidal cruzado, y en ocasiones al cerebeloso directo y al de Gowers: sintomáticamente, se distinguen de la tabes por la conservación, y á veces la exageración, de los reflejos tendinosos de los miembros inferiores, la hipotonia escasa ó ausente, y frecuentemente la tendencia á la contractura.

Como esclerosis combinada debe también considerarse la *enfermedad de Friedreich*, puesto que sus lesiones radican á la vez en los cordones laterales (manojo piramidal cruzado y cerebeloso directo) y en los posteriores; pero su vigorosa individualidad clínica, lo típico de su etiología, el interés y la variedad de sus síntomas, justifican que le consagre párrafo aparte. Si la semejanza de una parte de su sintomatología con la de la tabes es innegable, también lo es que las diferencias son tan numerosas y tan fácilmente apreciables, que son muy poco probables los errores de diagnóstico. Comienzan las divergencias entre uno y otro proceso en la etiología: la tabes es enfermedad de la edad adulta; la enfermedad de Friedreich, de la adolescencia: la una cuenta como antecedente etiológico dominante la sífilis; la otra, la herencia neuropática, y sobre todo el carácter familiar. Por consiguiente, si se nos presenta un enfermo de más de veinticinco años con trastornos atáxicos recientes, debemos desechar el diagnóstico de enfermedad de Friedreich. Por el contrario, y no obstante conocerse casos de tabes juvenil, la poca edad del paciente es un argumento en contra de la existencia de la tabes dorsal. En la sintomatología también son muy numerosas y muy bien marcadas las diferencias: tienen ambas afecciones de común la incoordinación motora, pero ostenta en cada una caracteres diversos; es mucho más intensa, más exagerada en la ataxia familiar, y á ella se agregan algunos otros trastornos motores, tales como la inestabilidad coréica. Es cierto que existe en la enfermedad de Friedreich el signo de Westphal: pero faltan el de Argyll-Robertson, los dolores fulgurantes, los trastornos de la sensibilidad provocada; en cambio se observan trastornos tróficos del pie y de la columna vertebral muy característicos, y un conjunto de síntomas parecidos á los de la esclerosis en placas, nistagmus, alteraciones disártricas.

Pasemos de las afecciones medulares con lesiones de los cordones posteriores á las que las tienen localizadas en otras regiones. Aquí las divergencias serán mayores, las causas de error menos frecuentes; y, por lo tanto, el diagnóstico diferencial ha de ser más breve.

Uno de los síntomas fundamentales de la *siringomielia*, la termoanestesia con analgesia y persistencia de la sensibilidad tactil, puede observarse en la tabes. Algunos trastornos tróficos (óseos y

articulares), bulbares (hemiatrofia lingual) y sensoriales (parálisis oculares, el mismo signo de Argyll-Robertson), pueden observarse con análogos caracteres en la tabes y en la siringomielia. Pero, enfrente de estas semejanzas, ¡cuántas diferencias! La atrofia muscular, síntoma constante y muy precoz de la siringomielia, es rara y tardía en la tabes; en aquélla falta la incoordinación motora; y los reflejos rotulianos están exaltados, no existiendo tampoco el signo de Romberg.

La *esclerosis en placas* puede adoptar formas muy variadas, notables algunas de ellas por la poca precisión de su sintomatología; además, algunos síntomas accesorios son parecidos á los de la tabes (crisis gástricas, síntomas oculares, trastornos de esfínteres). Pero separa á ambas afecciones una diferencia esencial: la hipertonia muscular es síntoma fundamental de la esclerosis en placas, mientras que en la tabes hay hipotonia.

En cuanto á las *enfermedades con lesión dominante en las astas anteriores de la médula*, dan un cuadro clínico tan distinto del de la tabes dorsal, que es completamente superfluo su diagnóstico diferencial.

Algunas *enfermedades de los nervios periféricos* dan una sintomatología tan parecida á la de la tabes, que su diferenciación es muy difícil, y realmente no se ha llevado á cabo hasta hace pocos años. Atendiendo á estas íntimas analogías, coloco en este lugar á dichas enfermedades, antes que las de los centros nerviosos superiores.

Las *polineuritis* pueden adoptar formas clínicas que llevan con justicia el nombre de *pseudo-tabes*, *neuro-tabes* ó *tabes periféricas*. La sintomatología, en estos casos, simula muy fielmente la de la tabes dorsal: existe incoordinación motora, abolición de los reflejos tendinosos, trastornos sensitivos, dolores fulgurantes y hasta perturbaciones de los esfínteres. Sin embargo, hay diferencias suficientes para fundamentar el diagnóstico. En la etiología de las polineuritis domina la noción de intoxicación (alcohólica sobre todo); en la de la tabes, la de la infección sifilítica. En las primeras son más frecuentes, y sobre todo más precoces, las manifestaciones paralíticas y amiotróficas (aun en las polineuritis de tipo sensitivo); los trastornos sensitivos presentan una distribución topográfica claramente funicular en las polineuritis, adaptada á los territorios inervados por los nervios afectos, mientras que en la tabes la distribución es radicular. Esta distinción es, sobre todo, evidente en el estado inicial de uno y otro proceso; pues en períodos más avanzados, todos los segmentos de los miembros pueden presentar alteraciones sensitivas al parecer uniformemente distribuídas, por más que en los casos de tabes una minuciosa exploración podrá revelar

diferencias de grado, en relación con las diversas zonas radiculares. Un signo de capital importancia para éste diagnóstico diferencial es el de Argyll-Robertson, ausente en las polineuritis y presente en la tabes. La evolución de ambos procesos es también distinta: la tabes tiene una marcha esencialmente progresiva (salvo raras excepciones, en especial los casos que presentan síntomas oculares), mientras que las polineuritis son generalmente curables; y aun aquellas rebeldes al tratamiento experimentan una remisión en los síntomas, permaneciendo después estacionarias.

Un cuidadoso examen de la marcha de los enfermos puede asimismo suministrarnos valiosos datos distintivos; la mayoría de los autores afirma que sólo tienen remoto parecido la marcha del tabético y la del polineurítico, pues en la de éste es el rasgo más saliente el *steppage*; pero algunos neurólogos aseguran que, en ciertos casos, la marcha de los polineuríticos sensitivos puede simular fielmente la de los tabéticos. No me ha sido dado observar ningún caso de polineuritis sensitiva con marcha tabética típica; en todos los que he visto, la existencia del *steppage*, por ligero que fuera, impedía toda confusión.

Puede indudablemente el polineurítico presentar trastornos de incoordinación en los movimientos de la marcha; pero como además su fuerza muscular está disminuída, este elemento paralítico, agregado al trastorno atáxico, es causa de que su modo de andar sea siempre distinto de el del tabético, pues éste conserva íntegra la energía de sus músculos, de donde la brusquedad, la violencia, la intensidad de sus movimientos. El estudio de las reacciones eléctricas es también otro importante signo diferencial. Por consiguiente, vemos que el peligro de confundir una polineuritis con una tabes dorsal no es tan grande como ciertos autores pretenden, pues poseemos varios seguros caracteres distintivos; pero no se olvide que en la tabes son muy frecuentes las neuritis periféricas, que á ellas son debidos varios importantes síntomas de aquélla; y, por lo tanto, una vez admitido el diagnóstico de la tabes, debemos averiguar si está ó no complicada con alteraciones neuríticas, y en caso afirmativo, qué papel juegan éstas en la sintomatología.

Me he ocupado del diagnóstico diferencial con las polineuritis antes que del de las afecciones de los centros nerviosos encefálicos, atendiendo á las íntimas conexiones anatómicas, funcionales y patológicas que enlazan á los cordones medulares y raíces posteriores, asiento de las lesiones fundamentales de la tabes, con las fibras sensitivas de los nervios periféricos. Trataré ahora de las afecciones de los centros intra-craneales, comenzando por el cerebelo, pero sin detallar circunstanciadamente cada una de sus enfermedades, sino refiriéndome sintéticamente al conjunto sintomático, llamado

síndrome cerebeloso, que caracteriza, con ligeras variantes, á todas aquéllas.

En el síndrome cerebeloso, al lado de la astenia, de la exageración de los reflejos tendinosos, de los síntomas oculares, de la depresión mental, figura la ataxia estática y dinámica; pero esta ataxia es muy distinta de la tabética, habiendo recibido, en razón de sus especiales caracteres, el nombre de *asinergia cerebelosa,* aplicado por Babinski á un conjunto de fenómenos provocados por la misma (disociación de los movimientos del tronco y de los miembros inferiores durante la marcha, etc.). Hay pérdida del equilibrio en la posición vertical, pero sin que aumente con la oclusión de los ojos (importantísimo signo distintivo de la tabes). La marcha, en su conjunto, es diferente de la tabética; es la clásica marcha titubeante, de borracho, describiendo *eses,* oscilando todo el cuerpo alternativamente á un lado y á otro de la trayectoria rectilínea. En los movimientos aislados de los segmentos de los miembros, la incoordinación es muy poco pronunciada, mucho menos que en los casos de tabes. Por último, la observación de los restantes síntomas que constituyen el síndrome cerebeloso, muy especialmente la exageración de los reflejos tendinosos, nos ayudará á hacer un diagnóstico que rara vez ofrece serias dificultades.

Con el nombre de *heredo-ataxia cerebelosa* describió Pierre Marie una enfermedad incluída por otros neurólogos entre las atrofias cerebelosas: ostenta muy estrechas analogías con estas últimas y también con la enfermedad de Friedreich; hasta el punto de haberse considerado ambas como dos formas de una sola afección, la *ataxia hereditaria,* de tipo Friedreich ó medular, y de tipo Marie ó cerebelosa.

Sea cualquiera el lugar que en Nosología le corresponda, esta especie morbosa no es fácil de confundir con la tabes dorsal: en primer lugar, presenta todos los síntomas del síndrome cerebeloso, incluso la exageración de los reflejos (ó su conservación, por lo menos); además, como su nombre indica, domina en su etiología la noción hereditaria y familiar, observándose casi exclusivamente en la infancia y adolescencia.

Las *enfermedades de la protuberancia,* en razón de la concentración de conductores y núcleos nerviosos que en esta región tiene lugar, ofrecen una sintomatología muy extensa y á la vez muy precisa, siendo por consiguiente su diagnóstico directo, por lo menos en lo que á la topografía de la lesión se refiere, bastante fácil; por esta causa es inútil su diagnóstico diferencial con la tabes dorsal.

Las *lesiones del pedúnculo cerebral,* y más especialmente de su región superior ó calota, suelen dar lugar á incoordinación motora y á síntomas oculares que pudieran motivar confusión con los de la

tabes; pero los caracteres distintivos son numerosos y precisos. La incoordinación motora reviste la forma de hemiataxia asociada á hemianestesia y hemiparesia, todo ello en el lado opuesto á la lesión, y parálisis generalmente disociada del tercer par craneal en el mismo lado (Monakow). Por tanto, la correcta unilateralidad de los síntomas, unida á la persistencia del reflejo rotuliano, serán la base del diagnóstico diferencial con la tabes.

Entre los síntomas de las *enfermedades del cerebro* puede figurar la incoordinación motora; pero siempre ocupando un lugar secundario, oscurecida por otros trastornos más importantes, que son los que directamente conducen al diagnóstico. Aun suponiendo que la ataxia sea lo suficientemente pronunciada para llamar la atención del médico antes que ningún otro síntoma, su topografía unilateral en la inmensa mayoría de los casos, la asociación de síntomas paralíticos evidentes y la historia del enfermo, evitarán seguramente todo error diagnóstico. La hemiataxia suele formar parte, como el hemicorea, la hemiatetosis y el hemitemblor, de los trastornos motores pre ó post-hemiplégicos; pero de ningún modo cabe admitirse que un caso de hemiataxia cerebral pueda ser tomado por uno de tabes dorsal.

De una enfermedad cerebral que tiene muchos puntos de contacto con la tabes, de la *parálisis general,* me he ocupado ya anteriormente al tratar de las esclerosis combinadas, teniendo en cuenta las lesiones que dicha afección determina en la médula.

Terminaré el estudio del diagnóstico diferencial entre la tabes y las restantes neuropatías orgánicas con el de una afección que interesa al conjunto de los centros nerviosos: con el de la *sífilis cerebro-espinal.* Este diagnóstico es difícil en ocasiones, porque pueden las lesiones sifilíticas difusas dar lugar á un cuadro clínico muy parecido al de la tabes dorsal. Comienzan las analogías en los antecedentes y condiciones del enfermo: en ambos casos es el paciente un adulto, más frecuentemente del sexo masculino que del femenino, con una historia de manifestaciones sifilíticas previas; en ambos casos pueden aparecer combinados síntomas cerebrales y medulares (parálisis oculares, trastornos sensitivos, de esfínteres, etc.); en ambos casos la evolución es lenta y progresiva.

Los casos de sífilis cerebro-espinal que más fielmente simulan la tabes son aquellos en que predominan los síntomas medulares, ocupando los cerebrales un lugar muy secundario; pero aun en este orden de hechos es posible la distinción entre uno y otro proceso, porque la forma más común de la sífilis espinal es la que se revela por la paraplegia espasmódica (parálisis espinal sifilítica de Erb), que puede parecerse á la tabes por la posible existencia de dolores fulgurantes, de trastornos de la sensibilidad provocada, de pertur-

baciones de la micción y de la defecación, pero que se distingue de ella esencialmente por la exageración de los reflejos rotulianos y la marcha espasmódica. Las demás formas de sífilis medular son más raras que la anterior, y todas presentan caracteres peculiares lo suficientemente manifiestos para evitar toda confusión con la tabes, aun tratándose de aquella variedad tan parecida á ésta, que ha merecido el nombre de *mielitis sifilítica pseudo-tabética;* en este caso, al lado de los dolores fulgurantes de la incoordinación motora, del signo de Romberg, del signo de Argyll-Robertson, se observa la exageración del reflejo rotuliano. Puede también la sífilis dar lugar á una sintomatología pseudo-tabética de un modo indirecto, cuando una placa de meningitis comprime los cordones posteriores (Oppenheim ha referido, con el nombre de *pseudo-tabes sifilítica*, algunos casos de esta naturaleza); pero los riesgos de error diagnóstico son más aparentes que reales, pues los síntomas se presentarán muy localizados, faltando varios de los signos capitales de la tabes. Es buen criterio diferencial en los casos dudosos el fundado en los resultados del tratamiento específico, eficaz en los casos de sífilis, é inútiles en los de tabes.

Del grupo de las neurosis sólo merecen diagnóstico diferencial el histerismo y la neurastenia, mas en estos dos casos es fácil incurrir en graves errores. El histerismo puede simular la tabes, como simula todas las demás enfermedades; pero por perfecta que sea la imitación, puede una observación concienzuda descubrirla cuando sólo se trate de histerismo puro. El riesgo grande está en la combinación de ambas afecciones, en la evolución de una tabes legítima en un sujeto histérico: en estos casos, y más aún en los comienzos, es frecuentísimo achacar al histerismo todos los trastornos que sucesivamente van apareciendo, y no darse cuenta de la existencia real de la neuropatía orgánica hasta un período avanzado del proceso, cuando ya no es posible hacer nada de provecho, con el consiguiente perjuicio para el enfermo y para la reputación del médico; estas asociaciones morbosas sólo pueden ser reveladas por la presencia de los síntomas fundamentales de la tabes, aquellos que no pueden ser simulados por el histerismo, como el signo de Argyll-Robertson, la distribución radicular de los trastornos sensitivos, etc.

La *neurastenia* puede asimismo imitar algunos de los trastornos característicos de la tabes, pero esta copia es siempre menos fiel que la realizada por el histerismo. Pueden los neurasténicos tener el signo de Romberg, pero no tendrán el de Argyll-Robertson: los trastornos de incoordinación motora que á veces presentan los neurasténicos, son siempre infinitamente menos pronunciados que los de los tabéticos; los dolores pseudo-fulgurantes de aquéllos (de muy rara ocurrencia) son mucho menos intensos que los de éstos; y así po-

drían, á propósito de cada detalle sintomático, multiplicarse las diferencias entre uno y otro estado morboso. Indudablemente son frecuentísimas las manifestaciones neurasténicas en los enfermos de tabes, sea que existieran con anterioridad á ésta, sea que hayan sido provocadas por ella; pero en estos casos, la sintomatología de la tabes, aunque complicada y algo desfigurada por la de la neurosis, conserva suficientemente sus rasgos distintivos primordiales, para evitar que se desconozca por el médico su existencia.

Por último, al hacer el análisis de los elementos de diagnóstico, hemos visto que puede dar la tabes en sus comienzos síntomas aislados de los diversos aparatos y órganos, simuladores de las enfermedades peculiares de los mismos. Esta es una frecuente causa de error de diagnóstico, en el que pueden incurrir los médicos especialistas, si no tienen muy presentes esas manifestaciones sensoriales y viscerales del proceso tabético. El diagnóstico diferencial individual de cada una de dichas determinaciones de la tabes dilataría extraordinariamente este trabajo, sin reportar positivas ventajas prácticas; básteme indicar, de modo sintético, que los fundamentos de ese diagnóstico diferencial en todos los casos son dos:

1.° Análisis detallados de los síntomas locales (laríngeos, oculares, gástricos, etc.), para apreciar si responden á los caracteres de las correspondientes manifestaciones tabéticas.

2.° Examen detenido del enfermo, en especial de su sistema nervioso; y, sobre todo, investigación de los signos capitales de la tabes dorsal.

IV.—Observaciones clínicas

Inserto á continuación varios casos de tabes dorsal, observados unos por primera vez en los comienzos de su padecimiento, y otros en período más avanzado; pero expresando, en estos últimos, los enfermos con claridad y precisión los síntomas subjetivos que señalaron el principio aparente del proceso.

Observación I.—E. A., de treinta y tres años, soltero, de Valencia, ingeniero industrial.

Su madre era histérica. Él contrajo la sífilis á los veinte años.

En Agosto de 1901 observó dificultad de digestión, con eructos ácidos y diarreas pasajeras; debilidad en las piernas y dolor en las plantas de los pies; sensación de adormecimiento en la piel del pecho, y de entumecimiento en las yemas de los dedos.

En Febrero siguiente, calambres en las piernas; luego, dolores como saetas, desde las ingles á las puntas de los dedos de los pies; opresión en la base del tórax, como cinturón muy apretado; dolores y falta de fuerza en los brazos; en todo este tiempo no había advertido más trastornos motores que la debilidad muscular.

Estado actual (Enero de 1903).—Incoordinación muy poco manifiesta en los miembros inferiores; coordinación perfecta en los superiores; marcha tabética, apenas iniciada; signos de Romberg y de Westphal. Retardo de la percepción sensitiva, con aumento de los círculos de Weber en una zona longitudinal á lo largo de la cara interna de la pierna y borde interno del pie, en ambos lados. No hay signo de Argyll Robertson; midriasis doble; agudeza visual, reducida á la derecha á un tercio, y á la izquierda á un medio; atrofia papilar doble bien marcada, más á la derecha.

Este caso es uno de los vulgares y corrientes de tabes dorsal: sólo tiene de notable la falta del signo de Argyll-Robertson; su comienzo se ha revelado por un conjunto de síntomas tan característicos (parestesias, dolores fulgurantes, disminución de la agudeza visual), que no era preciso esperar á la presentación de la ataxia motora para hacer el diagnóstico de tabes. Pudo pensarse en una sífilis medular, pero el curso de la enfermedad pronto hizo desechar esta sospecha; el tratamiento específico no surtió efecto. Con posterioridad se ha exagerado considerablemente la incoordinación motora, mientras que los síntomas oculares han permanecido estacionarios y los dolores fulgurantes han desaparecido.

Observación II.—V. M., de cuarenta y tres años, soltera, de Alicante, bordadora.

Su padre murió de viruela; su madre, de tuberculosis pulmonar; una prima murió idiota. Ella padeció fiebre tifoidea, de niña; desde la edad de catorce años sufre de accidentes nerviosos, provocados por sustos ó disgustos; han desaparecido desde hace seis años.

Refiere que, hace cuatro años, á consecuencia de un disgusto, se levantó una mañana con el párpado superior del ojo derecho caído, siéndole imposible levantarle; duró año y medio esta paralización y desapareció espontáneamente. Hace dos años empezó á sentir dolores en las rodillas y tobillos, calificados por ella de reumáticos; también los sentía en las ingles, y á veces irradiaciones dolorosas, muy rápidas é intensas, á lo largo de los miembros inferiores, sobre todo en el izquierdo; sentía flojedad en las piernas, teniendo que andar muy despacio y sostenida por otra persona; no sentía el suelo al pisar; los trastornos motores han aumentado hasta el punto de obligarla á guardar cama desde hace tres meses.

Estado actual (Marzo de 1903).—Á veces, dolor de estómago muy agudo é intenso, con vómitos acuosos muy abundantes; en otras ocasiones, dolores intestinales, con diarrea profusa.

Crisis laríngeas, consistentes en accesos de tos y espasmo glótico, inspiración estridulosa muy difícil y prolongada. Estrídor inspiratorio permanente. Defecación inconsciente; micción consciente, pero imperiosa, con imposibilidad de retención.

En ambos miembros superiores, exageradísima ataxia, que trastorna é inutiliza los movimientos intencionados. Miembros inferiores: impotencia motora, absoluta en el izquierdo, sólo relativa en el derecho; en éste se aprecia incoordinación en los escasos y débiles movimientos que puede ejecutar. Abolidos todos los reflejos tendinosos y los plantares.

Las perturbaciones sensitivas consisten en anestesia tactil dolorosa y térmica en unas zonas; en otras, retardo de la percepción é hiperestesia dolorosa y térmica. Afectan á los cuatro miembros y al tórax, y adoptan una distribución claramente radicular (territorios de las raíces cervicales quinta á octava, dorsales primera á décima, todas las lumbares y sacras).

Signo de Argyll-Robertson: midriasis moderada; parálisis asociada del movimiento de lateralidad de los globos oculares á la izquierda, y del de elevación de los mismos; anestesia de la córnea; estrechamiento concéntrico del campo visual; anestesia faríngea.

Pudo en este caso, en sus comienzos, plantearse el diagnóstico diferencial entre el histerismo y la tabes dorsal; pero la duda sólo podía persistir muy poco tiempo, pues los síntomas tabéticos, por su claridad y su intensidad, dominaron el cuadro clínico, relegando el histerismo á un lugar muy secundario. Es evidente la existencia de este último, demostrada por los antecedentes de la enferma y por los estigmas en ella observados; pero su influencia en el curso del proceso es despreciable, y por eso en el caso presente sólo hemos tenido que preocuparnos de la tabes dorsal, tan grave, tan acelerada en su marcha, que mató á la enferma (en una crisis laríngea) al mes de tenerla en observación, en Abril de 1903. Es éste uno de los casos más graves de tabes que me ha sido dado observar; la malignidad del proceso no sólo se reveló por lo rápido de su curso y por su funesto desenlace, sino también por la variedad y la intensidad de los síntomas (crisis viscerales, trastornos sensitivos y motores); en sus últimos días presentaba la enferma un aspecto lastimoso, reducida á una impotencia total, atormentada por incesantes crisis laríngeas, y en estado positivamente caquéctico. La enfermedad parece haber comenzado por la parálisis ocular transitoria, siguiendo á ésta los dolores constrictivos y fulgurantes, y los trastornos sensitivos.

Observación III.—I. S., de cuarenta y ocho años, soltero, de Alicante, barbero.

Su padre murió de una enfermedad cardíaca; su madre, de pulmonía, así como sus hermanos. No recuerda que haya en su familia antecedentes neuropáticos.

Él no ha padecido más enfermedades que paludismo de forma intermitente diaria, á los diez y siete años; á los veinte, blenorragia;

y á los treinta y ocho, un bubón inguinal supurado, no precedido de chancro ni seguido de manifestaciones cutáneas ni mucosas.

Hace dos años advirtió progresiva disminución de la agudeza visual, que á los cuatro meses se convirtió en ceguera completa, no acompañada de ningún otro síntoma; á los seis meses de estar ciego, empezó á sentir sensación de pisar en blando; más tarde, adormecimiento en las plantas de los pies y hormigueos en las pantorrillas; luego, dolores constrictivos en la rodilla derecha. Hace un año observó por primera vez torpeza al andar, como si se le fueran involuntariamente las piernas á uno y otro lado.

Estado actual (Julio de 1903).—Conserva íntegra la fuerza muscular. Incoordinación motora, bien manifiesta en los miembros inferiores; en los superiores, tronco y cara, la coordinación es perfecta. Abolición de todos los reflejos tendinosos y del plantar izquierdo; persiste, aunque disminuído, el plantar derecho.

Anestesia total en la planta del pie izquierdo, é hiperestesia en la pierna del mismo lado, prolongada á lo largo de la cara interna del muslo, con retardo de percepción; en el miembro inferior derecho, anestesia tactil y térmica, é hiperestesia dolorosa en la planta del pie, y retardo de la percepción en la pierna.

Amaurosis total; el examen oftalmoscópico reveló atrofia papilar doble, desigualdad pupilar, signo de Argyll-Robertson. Ligera disminución de la agudeza auditiva.

La marcha es tabética típica; la estación bípeda es imposible sin apoyo (signo de Romberg).

Este caso comenzó con síntomas oculares. Es notable la rapidez y la intensidad de la atrofia papilar; además, es una excepción á las leyes de Benedikt, pues después de establecida la amaurosis se presentaron los trastornos atáxicos, que han seguido progresando con relativa celeridad.

Observación IV.—D. G., de cuarenta y tres años, soltero, de Segovia, escribiente.

Sus padres murieron de pulmonía; un hermano padece de cólicos hepáticos.

El ha padecido sarampión, sarna y tres pulmonías. A los veinte años contrajo la sífilis, siendo el tratamiento insuficiente (sólo diez unciones mercuriales), quedando á los tres meses aparentemente curado.

Hace doce años, al levantarse una mañana, se encontró con una considerable disminución de la agudeza visual; veía los objetos muy confusos, como envueltos en una niebla; en esta situación ha continuado, sin sufrir agravación ni experimentar ningún nuevo trastorno, hasta hace un año; en esa fecha comenzó á sentir dolores constrictivos en el epigastrio y cintura, acompañados de náuseas y

eructos agrios; después, sensación de adormecimiento en las piernas, como si las tuviera muertas, con hormigueos en las plantas de los pies y palmas de las manos; dificultad para andar, por falta de coordinación de los movimientos de las piernas; micción involuntaria á veces, otras imperiosa, ó á la inversa, muy laboriosa y entrecortada; dolores como de descarga eléctrica á lo largo de los brazos y de las piernas.

Estado actual (Julio de 1903).—Trastornos de micción (frecuente, imperiosa, entrecortada), estreñimiento pertinaz, dolor epigástrico á la presión y percusión.

Ataxia muy ligera de las extremidades superiores; y más marcada, pero poco intensa, de las inferiores.

No hay hipotonia ni disminución de la fuerza muscular. Abolición de todos los reflejos tendinosos y cutáneos. Amiotrofia marcada de los miembros inferiores, sin localizaciones precisas. Anestesia térmica en los miembros inferiores, llegando en el derecho hasta la raíz del miembro y en el izquierdo hasta la rodilla; hiperestesia tactil y dolorosa.

Agudeza visual muy disminuída; estrechamiento concéntrico del campo visual; difícil percepción de los colores (sobre todo del azul y del amarillo); atrofia papilar doble; no hay signo de Argyll-Robertson. Ligera disminución de la agudeza acústica.

La marcha es tabética, poco acentuada. Hay signo de Romberg.

Así como el caso anterior era una excepción á las leyes de Benedikt, el presente es confirmatorio de las mismas, pues la atrofia papilar precedió muy remotamente (once años) á la aparición de los demás síntomas, y éstos han sido de intensidad muy moderada y sin tendencia á la agravación: especialmente la incoordinación motora es escasa y permanece en estado estacionario; tampoco la atrofia papilar ha hecho progresos especiales; después de los síntomas oculares, y precediendo á la ataxia, aparecieron los trastornos de la sensibilidad, subjetiva y objetiva. Es notable la falta del signo de Argyll-Robertson, persistiendo el reflejo luminoso no obstante haber una considerable disminución de la agudeza visual.

Observación V.—J. T., de cincuenta y cinco años, soltero, de Santander, mozo de cuadra.

No hay antecedentes familiares neuropáticos. Ha padecido de catarros bronquiales repetidos; de joven tuvo blenorragia; asegura no haber padecido sífilis. Ha cometido habitualmente grandes excesos alcohólicos.

Según sus referencias, comenzó la enfermedad actual hace tres meses; empezó por sentir flojedad en las piernas y torpeza en los movimientos, que no se hacían con la precisión debida; á la vez experimentó disminución de la agudeza visual y frecuentes mareos,

con turbación de la vista y pérdida de equilibrio; la flojedad de las piernas fué en aumento, adelgazando éstas progresivamente, y quedándosele fríos é insensibles los pies.

Estado actual (Agosto de 1903).—Tenesmo rectal. Micción imperiosa. Abolición de la potencia genital.

En los miembros superiores, temblor alcohólico de los dedos, fino y rápido; ligera incoordinación motora, bien manifiesta en los movimientos delicados. Movimientos de los miembros inferiores con escasa fuerza, pero bruscos y con evidente incoordinación; marcha tabética poco marcada; la ataxia se acentúa al dar la vuelta y al pararse de repente. Signo de Romberg. Abolición de todos los reflejos tendinosos y de los plantares. Considerable amiotrofia en ambos miembros inferiores, sobre todo en la región anterior del muslo.

Dolores obtusos constrictivos en la cintura; dolores fulgurantes, no muy intensos, en la región posterior de los muslos. Retardo de la percepción dolorosa en el pie izquierdo; hiperestesia térmica en el borde externo del mismo.

Miosis, signo de Argyll-Robertson, considerable disminución de la agudeza visual, atrofia papilar doble.

En este caso es digna de atención la marcha rápida de la enfermedad, pues sólo hace tres meses que apreció el enfermo los primeros trastornos aparentes, aunque es de suponer que los signos latentes debían existir con mucha anterioridad; también es notable que no haya antecedentes de infección sifilítica, siendo en cambio evidentes los de alcoholismo habitual, como también lo es la condición de alcohólico crónico del paciente en la actualidad (vómitos pituitosos matutinos, temblor de los dedos). En este enfermo no han precedido los síntomas oculares á los otros, sino que han evolucionado simultáneamente. Los antecedentes del enfermo y la significación de algunos de los trastornos en él apreciados justificarían que se hiciera el diagnóstico diferencial entre la tabes dorsal y la polineuritis alcohólica; pero es innecesario, porque la realidad de la existencia de la primera está plenamente demostrada por el signo de Argyll-Robertson y demás trastornos oculares. Indudablemente representan un importante papel en este caso las lesiones de los nervios periféricos (disminución de la fuerza muscular, acaso la amiotrofia), pero subordinadas al proceso tabético.

Observación VI.—A. L., de cuarenta y nueve años, casado, de Utrilla (Soria), tabernero.

Su padre murió de repente, habiendo disfrutado siempre de buena salud; su madre murió del cólera; una hermana padece de cáncer de la mama; han muerto tres hermanos, uno de pulmonía, otro de tuberculosis pulmonar y otro de una cardiopatía; tiene dos

hijos sanos, habiendo muerto una hija, de bronquitis; su mujer no ha tenido abortos.

Él ha padecido de reumatismo, sufriendo en su juventud un fuerte ataque que le obligó á guardar cama. Sufrió hace diez y ocho años una afección venérea, no pareciendo que fuera sifilítica, á juzgar por los datos que refiere. Hace dos años tuvo una bronquitis. Ha cometido habitualmente abusos alcohólicos; desde hace algún tiempo suele tener por las mañanas vómitos pituitosos; también sufre frecuentemente de dolores de cabeza (sin caracteres de jaqueca).

La enfermedad actual comenzó aparentemente hace un año, sin causa alguna á que achacarla; notó que perdía la agudeza visual en el ojo izquierdo, siéndole cada vez más difícil percibir el color de los objetos, sin que pueda precisar cuál fué el color que dejó de ver primero; durante una temporada percibió los objetos dobles, desapareciendo después esta diplopia.

Fué progresivamente disminuyendo la agudeza visual en el ojo izquierdo, hasta que la perdió por completo. Hasta hace poco ha conservado íntegra la visión con el ojo derecho, pero ahora observa en él disminución de la agudeza visual.

Estado actual (Noviembre de 1903).—Síntomas motores: estando en decúbito supino y con los ojos cerrados, se advierte una ligera incoordinación en el miembro inferior derecho, cuando se le ordena colocar este pie sobre el otro; en los miembros superiores la coordinación es perfecta. No hay signo de Romberg. La marcha no revela trastorno alguno. El ejercicio á la Fournier dió resultado negativo.

Abolición de los reflejos rotulianos; exageración de los plantares, sobre todo del izquierdo (se hacen en flexión plantar).

Normalidad de la sensibilidad subjetiva; en la objetiva sólo se advierte una zona de ligera hiperestesia tactil y dolorosa (siente el contacto como pinchazo) en la planta del pie izquierdo; en este pie los círculos de Weber están agrandados. Analgesia del nervio cubital en ambos codos.

Pérdida de la visión en el ojo izquierdo; disminución de la agudeza visual en el derecho; atrofia papilar, muy avanzada á la izquierda é incipiente á la derecha; escotoma central en el ojo derecho.

En este caso está el proceso en sus comienzos, y es preciso hacer el diagnóstico diferencial entre dos afecciones que pueden igualmente explicarnos los síntomas observados, entre la tabes dorsal y la ambliopía alcohólica con polineuritis de la misma naturaleza. En favor de la tabes tenemos la atrofia papilar, la probable parálisis transitoria de alguno de los músculos extrínsecos del ojo izquierdo

(diplopia pasajera), la analgesia del cubital, la ligerísima incoordinación motora en el miembro inferior derecho, la abolición del reflejo rotuliano. En favor de la neuritis alcohólica múltiple: como datos positivos, la disminución en un lado y abolición en otro de la agudeza visual (ambliopía tóxica), el escotoma central en el ojo derecho, los antecedentes de abusos alcohólicos, los vómitos pituitosos matutinos; como datos negativos (porque se compaginan mal con la hipótesis de tabes), la falta de infección sifilítica, la ausencia del signo de Argyll-Robertson y del de Romberg, la inutilidad del ejercicio á la Fournier (aun en sus pruebas más sensibles); y como datos indiferentes, pues lo mismo encajan en el supuesto de tabes que en el de neuritis alcohólica, tenemos los trastornos sensitivos y la discromatopsia. No es posible hacer por ahora un diagnóstico categóricamente afirmativo; pero detenidamente considerados todos los factores del cuadro clínico, me inclino á pensar que se trata de un caso de tabes dorsal incipiente; el único argumento de importancia en contra de este diagnóstico es la existencia del escotoma central en el ojo derecho. En cambio, la atrofia papilar es la típica, la característica de la tabes; acaso se trata de un proceso híbrido, alcohólico y tabético simultáneamente.

Las precedentes observaciones clínicas demuestran, en primer término, la extraordinaria frecuencia de los trastornos oculares en el período inicial de la tabes; en ninguno de los casos ha dejado de presentarse precozmente alguna perturbación visual, y en la mayoría de ellos la sintomatología ocular ha sido rica y variada. En cambio, el signo de Argyll-Robertson, no obstante su reconocida importancia y la constancia con que le he observado en otras series de casos, ha faltado en varios de los aquí referidos. A los síntomas oculares han seguido, en la mayoría de los casos, los dolores constrictivos y fulgurantes; y sólo cuando ya estaba bien avanzado el proceso, es cuando se ha hecho aparente la incoordinación motora. En cuanto al signo de Westphal, existía en todos los casos, faltando en cambio el de Romberg en varios de ellos.

Madrid, 24 de Abril de 1904.

OBRAS AGOTADAS DEL DR. FEDERICO RUBIO

RESEÑA DEL PRIMER EJERCICIO

DEL INSTITUTO DE TERAPÉUTICA OPERATORIA DEL HOSPITAL DE LA PRINCESA

(CONCLUSIÓN)

No son exclusivos de la cirugía cruenta los peligros. La misma terapéutica farmacológica suele ofrecerlos en determinados casos. Manipulaciones al parecer inocentes pueden entrañar eminentísimos peligros.

Historia de una muerte ocasionada por la aplicación de la laminaria.—Henos como el pecador que hace examen de conciencia. Frente al templo consagrado á la verdad, nuestra personalidad desaparece; y nos alivia de un peso el declarar la desgracia en altas voces.

Siempre recordaremos con dolor á M. N.

Padecía una atresia del conducto cervical. Como consecuencias de esto, dismenorreas é histerismo. Era joven, robusta, bien formada. Pasado un período menstrual, se le colocó un tallo de laminaria en el conducto. A su debido tiempo fué extraído; nada ocurrió digno de nota. Transcurridos unos días, crisis histéricas nos obligaron á acudir á su remedio; pasó tiempo y vino la segunda menstruación. Algunos días después, y todo en calma, le colocamos otro cilindro más grueso de laminaria; y aquí empieza el acto primero de la tragedia. Como el conducto se hallaba menos estrecho que la primera vez que se colocó la laminaria, este segundo tallo, aunque de diámetro apropiado, entraba; mas, al soltar la pinza conductora, se escurría, cayendo en la vagina. Todo ginecólogo práctico habrá sido testigo de semejante hecho; por nuestra parte, lo vemos ocurrir casi siempre que procuramos poner la laminaria. El recurso que adoptamos para que no resbale y se salga del conducto, es el que entonces empleamos. Cogimos con otras pinzas uterinas una bola de algodón atada con su hilo ó su fiador, repusimos la laminaria en el conducto, sujetándola en él con las pinzas uterinas, y sin abandonar la laminaria, llevamos la bola de algodón por el espéculum hasta topar la extremidad de la laminaria, que, retenida por el algodón, ya no puede escurrirse y queda fija. Entonces se sueltan ambas pinzas á la vez y la operación queda terminada.

De esta suerte hemos procedido infinito número de veces.

La noche de aquel día, la enferma se quejó de dolores ocasionados por el cuerpo extraño. Las instrucciones que habíamos dado á la paciente la primera vez que le aplicamos la laminaria, fueron las mismas que la repetimos en esta ocasión, y que damos á todas las pacientes á quienes ponemos la esponja ó el tallo del alga.—«Cuando note usted dolor ó seria molestia, busque el hilo blanco que ata la bola de algodón, tire y sáquela. Coja después el hilo de color que sujeta el tallo, haga suaves tracciones y sáquelo, si puede, sin violencia. Caso de no poder, avise inmediatamente».

La vez primera, la enferma, siguiendo dichas instrucciones, quitó la laminaria. Esta segunda vez procuró hacer lo mismo, sin conseguir resultado. Entonces llamó al señor profesor ayudante de la Clínica, el cual hizo tracciones del fiador hasta donde la prudencia consentía; pero viendo que eran inútiles, desistió del empeño y aguardó la llegada de un compañero á la mañana. Se procedió á la extracción por ambos, se colocó el espéculum: laboriosa y difícilmente, pudo extraerse el tallo, cuya dilatación había tomado hacia la punta la forma de cabeza.

Cuando á la hora de visita vimos á la enferma, estaba inquieta y do-

lorida del hipogastrio. Examinamos la laminaria, y la cabeza de su extremo nos dió cuenta de las dificultades de la extracción. Sin duda la laminaria había sobrepasado la longitud del conducto, entrando en la cavidad uterina, y aquella parte no comprimida en su dilatación, formando cabeza, había hecho tan difícil la extracción, causado un traumatismo en el conducto, y la inflamación consiguiente. Ordenamos un golpe de sanguijuelas al hipogastrio, cataplasmas emolientes laudanizadas, quietud y dieta.

Las picaduras de las sanguijuelas dieron mucha sangre; esto alarmó al practicante de guardia, y procuró contenerla. Al otro día la enferma estaba postrada; el dolor se había extendido por la pelvis y partes inferiores del abdomen; había elevación de estas regiones. El pulso estaba contraído. Dispusimos baños generales, aplicación de hielo al vientre y píldoras de opio.

La enferma se hallaba agravada veinticuatro horas después; había vómitos, y los dolores eran muy severos. Continuó con el mismo tratamiento y sustituímos el opio por el cloruro mórfico.

Al otro día el cuadro se había exagerado. Los vómitos y los dolores tenían postrada á la paciente sin dejarla momento de reposo; hipo pertinaz, sudor viscoso, pulso filiforme y el más profundo desemblante, nos quitaron toda esperanza.

Al otro día, la enferma no tenía dolores, hallábase tranquila, aunque segura é indiferente de su fin. El rostro, la piel, la frialdad, la pérdida del pulso, el apagamiento de la voz, todo semejaba los postreros instantes del colérico. La inflamación había terminado por grangrena. Cuánta y cuán honda pena fué la nuestra, no tenemos para qué decirlo. Si el sentimiento del deber no saliese á contenernos, esta desgracia sería bastante para hacernos abandonar oficio tan espinoso y triste.

Procuremos sacar algún producto de este caso para la ciencia. ¡Dichosa la desgracia que enseña el camino por donde otra vez pueda evitarse!

Cuando hemos leído varias de las muchas observaciones publicadas respecto á muertes ocurridas por la dilatación del cuello uterino, ya con esponjas, ya con laminaria, dos cosas nos han chocado: la poquedad de la explicación del suceso y la ninguna deducción obtenida. De presente, todo nuestro conocimiento en la materia se ha reducido á esto: «Tal, y tal y tales enfermas en quienes se aplicó la esponja, murieron por efecto de dicha aplicación. Prácticos, no uséis la esponja. Servíos de la laminaria, que no ofrece ese peligro».

Más tarde:

«Tal, y tal y tales enfermas en quienes se aplicó la laminaria, han muerto por efecto de dicha aplicación. Prácticos, no uséis la laminaria. Servíos del tupelo, que no tiene ese inconveniente».

En nuestros días, esta última materia dilatante no se ha extendido tanto que pueda tener historia. Se sabe que dilata más que la laminaria, y de seguro y *á priori* puede asegurarse que debe ofrecer los mismos ó mayores inconvenientes.

Ello es que las sociedades ginecológicas tienen sobre el tapete esta cuestión. Pero ¿qué dicen? Nada. En puridad, lo mismo que dejamos entre comillas.

En una de estas sociedades, no recuerdo de qué punto, nos parece que de los Estados Unidos, un práctico muy caracterizado dijo hace poco: «Prácticos, no uséis la esponja, ni la laminaria, ni el tupelo. Emplead mi método. Con conos graduados de acero, sondo el conducto y llevo la dilatación al grado necesario».

Aunque con desconfianza, después del tropiezo, hemos procurado seguir este consejo; pero afirmamos que nuestra experiencia no lo abona.

Ha sucedido aquí una cosa singular. En vez de observar las circunstancias y los fenómenos de los casos para de ellos deducir la manera, modo, forma y enlace de las complicaciones que han dado lugar á la muerte, é inducir de ello las consecuencias científicas que expliquen el

suceso y den la guía del remedio, se han contentado todos, como movidos del afán de descartar su responsabilidad, con echar la culpa á la materia de que se valieron para la operación. ¡Como si dicha materia llevara en sí un veneno ó sustancia virtual séptica, maligna y homicida, á la cual se debiese la desgracia!

Esta conducta es tan pueril, cual si, porque después de extirpar un tumor, muriese el enfermo, dijéramos: «Prácticos, no uséis el bisturí de acero; usadlo de cobre».

Ya hace tiempo, aunque no nos había ocurrido entonces nada desagradable en la aplicación de la esponja ni de la laminaria, que usábamos y usamos diariamente, nos fijamos sobre el particular y caímos en que iban los profesores por un camino equivocado. Como quiera que careciésemos, afortunadamente, por aquel tiempo de observación propia, opinamos que las complicaciones y muertes ocurridas no podían ser dependientes de la calidad de la sustancia empleada, sino de sus efectos precisos, generales y mecánicos.

Entonces dijimos, para nosotros: colocando una esponja ó un tallo de laminaria, estos cuerpos se hinchan, comprimen el útero excéntricamente, provocan en él una fluxión visible, crecen sus secreciones; y estas secreciones abundantes que infiltran el órgano á nuestra vista y que quedan retenidas en parte en la cavidad del cuerpo, colocan el órgano en circunstancias algo parecidas, aunque en microscópica proporción, á las del útero grávido.

Si esto es así, las complicaciones y los fenómenos morbosos sobrevenidos por la aplicación de los medios dilatantes deben ser de naturaleza más ó menos parecida á los padecimientos puerperales; y entonces discurrimos que tubulando la esponja ó la laminaria podrían alejarse los peligros. Y no sé si por aquel entonces ó más tarde, en algún escrito consignamos este pensamiento. Ello es que, como no siempre responden los hechos á nuestras figuraciones, al emplear las esponjas tubuladas vimos que no llenaban el deseo; los líquidos muciformes uterinos son demasiado espesos para salir por una tubulación estrecha.

Abandonando, pues, estos discursos, tenemos hoy un caso observado; y discurriendo sobre sus fenómenos, podemos, con toda seguridad, sacar sus consecuencias y una fructífera doctrina.

En primer término, queda fuera de toda duda y discusión que no es la materia empleada la responsable de las desgracias. Corremos, pues, el camino que va de la esponja á la laminaria, de la laminaria al tupelo, del tupelo á los conos acerados, porque de éstos iríamos al oro, y del oro hasta los cuernos de la luna.

El pecado aquí está en la propiedad elástica dilatante imprescindible de los cuerpos que empleamos y en la torpeza nuestra, que ignoramos las cosas antes de aprenderlas, cometiendo por ello desaciertos.

¿Qué pasó en nuestra enferma que explique lo ocurrido? Pues sucedieron varias cosas; cosas que dieron lugar al cúmulo de circunstancias fatales que produjeron las complicaciones y la muerte.

Primer hecho.—Uso de una materia elástica dilatadora. Es evidente que sin esta condición no hubiera pasado nada; pero ¿es posible dilatar el conducto cervical sin el auxilio de estas sustancias?

Ya hemos visto que se propone los conos de acero. Los hemos usado, y no ensanchan sin violencia. Para ejercerla menor, hemos llevado la introducción sólo á cierto grado, insistiendo días después en el empeño. El resultado es que en las atresias, apenas se procura aumentar el diámetro, se lastima la matriz, se irrita; es preciso suspender, y se pasa tiempo y se adelanta muy poco, si algo en definitiva se adelanta.

Sucede con las esponjas y con los demás medios de dilatación elástica lo que con todas las cosas importantes: su misma utilidad las hace temibles; renunciar á sus inconvenientes es igual que abstenernos de sus ventajas.

Nada más temible que el mar ó el aire alborotado, el rayo y las tem-

pestades; pero renunciemos al mar, al aire, á la electricidad y á todas las fuerzas, y vale más que renunciemos á la vida.

Lo que importa es dominar el mar por la brújula y el vapor, hacer con la electricidad lo que hacemos ya con el fuego, metérnoslo en el bolsillo en la humilde forma de una caja de fósforos. Estos milagros la ciencia puede hacerlos.

La ciencia podrá también, en más pequeña esfera, quitar los peligros de la fuerza elástica aplicada como medio dilatante á la matriz.

Segundo hecho.—Escurrimiento de la laminaria.

Esta cosa tan simple no puede pasar inadvertida. Como se verá después, es el comienzo, la primera escena del drama.

Tercer hecho.—Introducción de una bola de algodón, manteniendo entretanto sujeta la laminaria con otra pinza.

En este acto el algodón llena el espéculum. El profesor pugna por que no vuelva á escurrirse y salir la laminaria; la suelta cuando ya calcula que topa el algodón en el cuello uterino. Resultan, pues, actos de cálculo, de mera apreciación. No sabe á ciencia cierta si la laminaria escapa algo en la parte introducida, é ignora si, por el contrario, penetra más al adaptar el algodón. En nuestro caso debió de penetrar alguna cosa más, según declaran posteriores hechos.

Cuarto hecho.—La enferma siente molestias por la noche, extrae la bola de algodón, pretende hacer lo mismo con la laminaria y no puede conseguirlo.

Estos sucesos demuestran que el encarcelamiento de la laminaria era ya muy firme y que los tejidos del cuello se hallaban más comprimidos que dilatados.

Quinto hecho.—Avisa al profesor, porque las molestias de la compresión son fuertes.

El profesor hace varias tentativas infructuosas; cree imprudente insistir, y aguarda á las primeras horas de la mañana los auxilios de un compañero. Ya aquí se va complicando la situación: al traumatismo lento y persistente de la fuerza elástica se unen las tracciones que ha tenido que sufrir la matriz, algo arrastrada en cada tentativa por la cuerda que sujeta la laminaria. Dichos estiramientos se han repetido: los ha verificado la enferma; y después, necesariamente algo mayores, el profesor ayudante de la sala.

Sexto hecho.—Pasan varias horas en que la matriz, ya irritada y protestando (en forma de dolor) de la presencia del cuerpo extraño, entra en proceso de inflamación.

Séptimo hecho.—Llega la mañana, pónese el espéculum de Sims y se procura extraer el tallo con pinzas; la matriz desciende y la laminaria no cede. Sujétase la matriz con los dedos introducidos en la vagina, y después de gran labor y no poca habilidad, sale el tallo bastante dilatado, pero mucho más hacia su extremo, que presenta una porra ó cabeza de clavo.

Resulta, pues, de un modo evidente que la laminaria traspasó la extensión del conducto cervical; y que la parte excedente dentro de la cavidad del cuerpo, dilatándose á sus anchas, sin estar constreñida por las paredes del conducto, formó cabeza, y esta cabeza hizo imposible sacar el tallo cuando debió extraerse.

Escurrir la laminaria, penetrar más de lo justo empujada por la bola de algodón, quedar su extremo dilatado en la cavidad del cuerpo en forma de porra ó de cabeza: tales son los pasos de la primera etapa.

No poder extraerse el cuerpo extraño en el momento preciso y que se indica cuando comienza la interesada á sentir molestias, prolongarse la acción dilatante algunas horas más, sufrir la matriz tracciones repetidas que, si prudentes é inocentes en otro caso, aquí debían resultar graves, sin que esto implique culpa de la enferma ni de los profesores, que más pecaron de prudentes que de atrevidos: todo esto constituye la segunda etapa, y es obligada consecuencia y desarrollo de la primera.

Desenvolverse la metritis, pasar la inflamación al peritoneo, llegar al último extremo de agudeza, terminar la flegmasía por gangrena y por la muerte de nuestra desgraciada enferma: es la tercera etapa, natural y trágico desenlace de la primera y la segunda.

Bastan estos sucesos para explicar lo ocurrido, y la causa y naturaleza de la muerte.

Si los tallos introducidos en el conducto quedaran fijos y no pugnaran por salir, una vez colocados del modo y en la penetración precisa, no ocurriría el inconveniente origen en nuestra enferma de tantas complicaciones y final desgracia.

Es preciso discurrir la manera de obtener este resultado; se me ocurren varias, pero la más sencilla me parece la siguiente:

Antes de poner una esponja, laminaria ó tupelo se medirá por la sonda uterina, con la posible exactitud, la extensión del conducto; y digo con la posible exactitud, porque no podemos quedar nunca seguros de que sea exacta dicha medida.

Cortaremos toda la longitud del tallo que hayamos de aplicar y resulte excedente, haciendo el corte hacia la punta y no hacia la base. Ésta, en todo instrumento dilatante, cualquiera que sea su materia, deberá estar moldeada en forma de cabeza, á fin de que tope en el cuello uterino, no consienta penetrar más allá su tallo, no se pierda, como alguna vez me ha sucedido, entre la hinchazón edematosa del cuello, y se adapte mejor, sin dislocación ni movimientos, al contentivo de algodón.

Esta aflictiva enseñanza nos permite decir: «Prácticos, no achaquéis las desgracias á la laminaria ni á la esponja. No las achaquéis mañana al tupelo ni al acero.

»Prácticos, achacad la desgracia á vosotros mismos y pensad el modo de salvar los inconvenientes y peligros que tienen las cosas todas en general, y particularmente las del arte que ejercemos.

»Prácticos, aseguraos la manera de no traspasar los límites del cuello, dando á vuestros tallos una longitud que, en caso de defecto, peque más por corta que por larga.

»Prácticos, usad tallos formados con cabeza que hagan tope en la base.

»Prácticos, retirad el tallo vosotros mismos y por vuestra propia mano cuando se presente cualquiera molestia extraña.»

Siguiendo estos consejos, ¿podrán evitarse nuevas desventuras? De casos como el nuestro estoy seguro. Pero ¿sucederá siempre así? Vana quimera querer que las cosas pasen constantemente de una misma suerte. La fuerza dilatante puede en el útero dar lugar á la escena observada y descrita en la presente historia; puede dar origen á otras más ó menos parecidas, quizás á alguna como la imaginada por nosotros *á priori*. ¡Quién sabe! Sigamos observando... ¿Qué es la mente sino el espejo en que se mira la Naturaleza?

Enfermos asistidos desde 1.° de Junio de 1880 á 1.° de Setiembre de 1881.

	ENFERMEDADES		Curados	Aliviados ó que siguen en tratamiento	No han asistido hasta el fin de la enfermedad	Muertos	TOTAL	TRATAMIENTO EMPLEADO: Ortopédico	Operatorio	Medicación y curas tópicas
DISPENSARIO	Aparato genital	Hombre	6	»	2	»	8	»	4	4
		Mujer	7	8	9	»	24	»	»	24
	Huesos y articulaciones		6	20	7	»	33	16	»	17
	Neoplasmas inoperables		»	»	6	1	7	»	»	7
	Enfermedades diversas		5	1	2	»	8	»	2	6
	Sección de otología		1	13	»	»	14	»	1	13
	Sección de laringología		1	4	»	»	5	»	1	4
Policlínica			4	6	6	»	16	4	2	10
TOTAL GENERAL			30	52	32	1	115	20	10	85

Policlínica.—De la policlínica diremos que en el pasado ejercicio ha funcionado en muy pequeña escala esta parte de la Institución, reduciéndose á la visita á domicilio de un escaso número de enfermos. Varias son las causas que han impedido el desarrollo de este servicio. Primero el exceso de trabajo producido por las Clínicas, el Dispensario, los ejercicios prácticos, las operaciones y las conferencias.

En todo esto se ha ocupado desde el alba hasta las once de la mañana, y no ha habido el número bastante de matriculados para dividir el trabajo de manera que pudiesen atender al servicio de una policlínica numerosa; aun así, no han dejado de prestarse algunas asistencias, advirtiendo la dificultad que se ofrece á las familias pobres de atender á las necesidades de sus afectos quirúrgicos. Realmente, mejor ó peor, puede socorrerse médicamente, en propio domicilio, un enfermo pobre: con mediana higiene y el socorro de la medicina, la familia puede proveer lo demás. Pero el enfermo de cirugía se encuentra en diferente caso: obliga á incesante mudanza de la ropa y de la cama; necesita apósitos, vendajes, aparatos y vigilancia continua; porque ya el dolor, ya la hemorragia, ya la urgencia de ser sondado, ya la de mudarle de posición, todo conspira á que estos enfermos no puedan ser atendidos á medida de la necesidad sino en una Clínica, y una Clínica *ad hoc*, cual la del Instituto.

Trabajos de anfiteatro.—Los trabajos de anfiteatro han consistido en ejercicios de operaciones y en autopsias.

Respecto á los primeros, se ha consagrado casi exclusivamente el pasado curso á las operaciones de las vías urinarias. Más vale hacer pocas cosas bien que muchas mal ó imperfectamente. Por otra parte, la práctica

civil nos ha demostrado la escasa pericia que la mayoría de los profesores tienen en el arte de sondar, y cuán funesta resulta para los enfermos.

Sondar bien es cosa, por sencilla que parezca, que necesita un largo aprendizaje. Entre los matriculados había alguno que sondaba perfectamente, la mayoría medianamente, y no pocos mal. Puede asegurarse que ésta es la proporción que resulta tomando cualquier grupo de profesores, no ya de nuestro país, sino de cualquiera otro extranjero. La creencia general de que introducir una sonda en la vejiga es cosa facilísima y sencilla hace que no se ejerciten, cuando estudiantes, en la práctica de sondar sobre el cadáver, y salgan de las escuelas y aun de las clínicas sin tener oportunidad de haber sondado una vez.

Hace muchos años dimos en Cádiz un curso particular de operaciones, al que concurrieron veinticinco licenciados en medicina que habían de tomar el grado de cirugía. Entonces echamos de ver lo errada que anda la común opinión respecto á la facilidad de sondar la vejiga. Verdaderamente es una de esas difíciles facilidades que sólo se adquieren con la práctica y la experiencia.

Preséntase á las oposiciones de cátedras y plazas de hospital lo más inteligente y florido de la profesión. Hemos sido varias veces juez, y, por regla común, con más ó menos lucimiento la generalidad ha salido bien de los actos teóricos y medianamente de los prácticos; pero si á alguno le ha tocado en suerte sondar una vejiga, en esa tan sencilla maniobra ha fracasado. Si tal sucede con uretras normales, ya puede suponerse lo que acontecerá con uretras anormales y enfermas. Llamamos la atención de los Cuerpos médicos docentes sobre este punto; y aun nos atrevemos á recomendar al Gobierno que establezca como condición precisa que forme parte de los actos de reválida un ejercicio de sondaje de la vejiga con toda clase de sondas, así blandas como rígidas y metálicas.

Comenzaron las prácticas por el sondaje de la mujer, ya por ser verdaderamente más sencillo, ya porque de hacer una cosa á hacerla con perfección hay mucha distancia; y en esto de operatoria nuestro propósito ha sido y sigue siendo que los matriculados alcancen la mayor pericia. Cierto que cualquiera puede sondar á una mujer, y que no es fácil en ella hacer caminos falsos como en el hombre; pero en medio de tales ventajas, nada es más común para el inexperto que no dar con el orificio del meato, andar á tropezones, llevar la sonda á la vagina y á todas partes, menos al punto que se debe. Todo esto es ridículo para el profesor, incómodo para la paciente y vergonzoso; teniendo al fin que desplegar la vulva de par en par, hacer que la alumbren con una vela, y gracias si aun así no siguen la ofuscación y las torpezas. A poco de comenzar los ejercicios, todos los profesores del Instituto adquirieron la seguridad y la destreza necesarias para llevar una sonda á la vejiga de las mujeres, estando las partes cubiertas, y sin más guía que el leve tacto del dedo índice. Más tiempo se invirtió en que alcanzaran completa maestría en sondar al hombre con toda clase de sondas y corvaduras; pero, al fin, hasta los de mano más dura han llegado á la perfección y á adquirir el sentido del tacto mediato, distinguiendo con perfecta claridad los obstáculos normales de los anormales, los que se tocan con la punta y los que provienen de la opresión circular del instrumento, sensaciones y cosas que sólo se advierten en virtud del ejercicio. Así, han llegado todos los profesores hasta á introducir cualquier litotritor en la vejiga con facilidad y dulzura; buscar, tactar y reconocer los diversos cuerpos extraños que previamente introducíamos en el reservorio; coger y medir los más pequeños cálculos, triturarlos y ejecutar á satisfacción del deseo más exigente la operación de la litotricia. Hoy podemos decir, en verdad, que si tuviéramos, desgraciadamente, que sufrir dicha operación, no vacilaríamos en dejárnosla hacer por cualquiera de los compañeros del Instituto.

Aunque no tan especialmente, también se han practicado ejercicios en otros varios géneros de operaciones: entre ellas, hacer atravesar con una aguja larga y delgada en cadáveres íntegros sus diversas arterias, y otras

pequeñas partes determinadas, alcanzando con tal práctica una gran seguridad en la topografía de los órganos.

Autopsias.—La corruptela establecida en los hospitales de no consentir la autopsia de los cadáveres que tengan pagado enterramiento, ha defraudado á la ciencia y á nuestros estudios en mucha parte.

Hemos reclamado á la superioridad, y abrigamos la esperanza que resolverá el asunto según justicia. No la hay ciertamente en que los que fallecen en los hospitales se dividan en dos categorías: unos, que pueden y tienen que ser autopsiados; y otros, que no. El enfermo que se acoge á los beneficios que le presta la beneficencia pública, bajo los varios conceptos de asilo, alimentación, vestidos, medicinas y asistencia científica, no debe defraudar á la ciencia de la investigación cadavérica, porque de ella puede resultar, más ó menos directamente, que otros enfermos lleguen á salvarse; y cuando no, contribuir al mejor conocimiento de la enfermedad, con las ventajas sociales que de ello se reportan.

No obstante, hemos tenido ocasión de hacer algunas importantísimas autopsias, ya por consentimiento de las familias agradecidas, ya por no tener entierro los cadáveres.

Del resultado de algunas autopsias dimos conocimiento al publicarlas en *El Siglo Médico* juntamente con la historia clínica. De otras, no; y, aunque en globo, diremos breves palabras sobre las más interesantes.

Autopsia de una estrangulación interna intestinal.—Entró en la sala de Santa Isabel Santiago M., hombre de cincuenta y cuatro años, padeciendo una periostitis de la tibia. El día 24 de Noviembre, al pasar visita, se quejó que estaba estreñido de días atrás y que tenía algunos dolores en el vientre. La lengua estaba saburrosa, y el enfermo acusaba falta de apetito; por lo demás, no se advertía ningún otro síntoma ni fenómeno particular. Se le dispuso una onza de aceite de ricino y lavativas emolientes. El purgante no produjo efecto, y pasó sin novedad ni mayores molestias todo el día. A las cinco de la tarde siente un fortísimo dolor de vientre, prorrumpe en quejidos lastimeros; acude el médico de guardia, encuentra al enfermo frío, con el semblante profundamente descompuesto, el pulso imperceptible, casi sin voz y en angustiosa inquietud; apenas hubo tiempo para avisar que le administraran los Sacramentos, y el enfermo expiró. ¿De qué había muerto? Esto nos preguntamos todos por la mañana al pasar visita y enterarnos de lo ocurrido. El profesor de guardia se deshacía en hipótesis; cada cual inventaba la suya, y hasta se ocurrió la idea de un envenenamiento.

Pasadas veinticuatro horas se verificó la autopsia, comenzando por abrir el vientre, apareciendo la mayor parte de los intestinos delgados de color de vino tinto y dilatados por los gases. Se ocurría averiguar por qué se hallaban así, y comenzamos á removerlos; pero, á pesar de hallarse el vientre completamente abierto en cruz, nada se podía ver distintamente. Aquella abultada meteorización impedía formar juicio; punzamos los intestinos para dar salida á los gases; pero el efecto útil de esta medida fué menor de lo que debíamos esperar. Y ya que tocamos este punto, llamaremos especialmente la atención sobre él, por los motivos que luego se verá.

No pudiendo reducir los intestinos á un volumen que los hiciera manuables y que permitiera seguirlos del estómago al recto, ó viceversa, tomamos la resolución de cortar el duodeno al través, hacer lo mismo por la S ilíaca y sacar toda la masa intestinal con el mesenterio. Así se verificó; encontrábanse ya estas partes encima de la mesa anatómica, y todavía el conjunto inflado de los intestinos, intrincado y exuberante, no permitía discernir sus relaciones. Al fin, con gran trabajo, pudo reconocerse un punto más apelotonado hacia el tercio medio del íleon; y después de muchas vueltas y tanteos, pudimos averiguar la existencia de esta disposición. En un punto del mesenterio ilíaco existía una abertura, y por ella se había precipitado casi la totalidad de los intestinos delgados, pero no

constituyendo un lazo, sino un nudo tan particular y complicado que ni pudimos deshacer, ni entonces ni después formar clara idea de su enlace.

Era un verdadero nudo gordiano, que no desatamos por el método de Alejandro, en gracia al deseo de conservar la pieza.

La autopsia referida ofreció para nosotros, y creo que ofrece para la ciencia, un grandísimo interés. Para nosotros, porque nos recordó otro caso, que hace años nos ocurrió en la práctica, y aunque creemos haber dado por entonces cuenta de él en algún periódico médico, lo referiremos ahora sumariamente.

Otro caso de estrangulación interna de intestinos.—Un arriero como de treinta años, robusto y buen mozo, viniendo montado en las ancas de un mulo, resbaló por el rabo y cayó de nalgas al suelo. Sintió una conmoción extraordinaria; sus compañeros lo levantaron sin sentido y lo transportaron á una posada. Fuimos avisados. El enfermo había vuelto en su conocimiento, pero estaba frío, vomitaba, tenía hipo, voz apagada, semblante pálido y descompuesto. Quejábase de angustia al epigastrio, y dolor al vientre y á la ingle derecha. Reconocido, descubrimos un tumor bastante grande en el escroto de dicho lado. Preguntamos al enfermo si era quebrado antes de la caída, y contestó negativamente.

El tumor escrotal era sin duda una hernia, formada en el acto de la caída; procuramos reducirla, consiguiéndolo al cabo de bastante tiempo y no menos paciencia, entrando el asa con su característico gorgoteo. Nos fuimos muy satisfechos de la buena obra, anunciando que el enfermo comenzaría á mejorar desde aquel punto. Era esto á principios de la tarde, y antes que oscureciese nos avisaron otra vez. Acudimos al aviso, y ya estaba cadáver. Examinado el vientre, la hernia permanecía reducida. Sobre el disgusto que nos produjo la desgracia dominaba la confusión. Los síntomas eran de hernia estrangulada: la hernia existió en efecto, se redujo; sin embargo, los fenómenos de estrangulación subsistieron y la muerte sobrevino prontamente. ¿Qué habrá ocurrido aquí?, nos preguntamos. ¿Habremos hecho una reducción en masa, permaneciendo la hernia estrangulada por el saco? Este punto sólo podía resolverlo la autopsia; y, por fortuna, pudimos hacerla. También los intestinos estaban dilatadísimos y de color de vino tinto; también se salieron del abdomen apiñados, apenas se abrió el vientre; también nos costó mucho tiempo y trabajo darnos cuenta de la disposición de las partes en aquel laberinto de intestinos, descubriendo al fin que el gran omento se había perforado en el instante de la caída y todos los intestinos se habían precipitado por la abertura, estrangulándose en ella.

Por efecto de la misma sacudida, una de las asas intestinales, ya estrangulada en la totalidad por el omento, había roto el conducto inguinal bajando hasta el escroto y sufriendo una segunda estrangulación. Ya se comprende que, aun reducida esta hernia, ningún beneficio pudo resultar para el enfermo. Estos dos casos no son tan interesantes por los hechos de haber ocurrido en ambos la estrangulación casi total del intestino delgado y la natural prontitud de la muerte, como por la útil enseñanza que suministran acerca de las dificultades que se ofrecen para reconocer los puntos de estrangulación, aun después de la muerte, y teniendo el recurso de abrir de par en par el abdomen. Llamo la atención sobre este punto, por ser de actualidad y de gran interés, hoy que la cirugía del vientre está tan adelantada que abona abrirlo para combatir las estrangulaciones intestinales internas. Resultan de ambas autopsias dos hechos de enseñanza: primero, el ya indicado de la dificultad, á veces en el mismo cadáver, de reconocer el punto estrangulado, y que en el vivo puede elevarse á una imposibilidad casi absoluta. Los profesores todos que componen el Instituto, y que presenciaron y ejecutaron la autopsia, estamos en el más profundo convencimiento de que, si hubiéramos practicado la operación en el vivo, hubiéramos quedado más á oscuras de la causa y modo de la muerte que antes de haber abierto el abdomen; segundo hecho de ense-

ñanza, el muy singular de no disminuir en estos casos el volumen de las asas intestinales, según parece que debía suceder, á pesar de punzarlas en varios puntos para dar salida á los gases. Este hecho, á primera vista paradójico, es por desgracia verdadero: si no ha llamado ningún escritor la atención sobre él, debemos llamarla; y si ya se ha dicho, debemos repetirlo, para que no sorprenda á los operadores como cosa inesperada: sepan las dificultades que origina, y vayan prevenidos para darles vado del mejor modo posible.

Que se hinchan mucho los intestinos cuando sufren estrangulación en algún punto, debe ser cosa muy sabida; pero que esta hinchazón no disminuye punzándolos con agujas huecas, ni aun haciendo una incisión, es lo que no se explica bien, ni se prevé sino después de haber experimentado la contrariedad operando en el vivo.

Para no fiar en hechos de lejano recuerdo, á los que la imaginación pueda dar imperfecto color, pasaremos revista á las dos últimas operaciones de laparotomía por causa de estrangulación, en que más recientemente hemos intervenido. La última fué el 29 de Abril; la penúltima, un mes antes. En ésta, se trataba de un caballero de cuarenta años; hacía cuarenta y ocho horas próximamente que se habían presentado los síntomas de una estrangulación interna. Le vimos en consulta cumplidas dichas horas; ya el pulso era filiforme, los vómitos continuos, la descomposición de rostro profunda, el hipo muy tenaz. Abrimos el vientre, que estaba muy elevado, sólo en extensión suficiente para meter la mano, y aun así, los intestinos se desbordaron sin haber medio de contenerlos. Estaban hinchadísimos y rojos. Procuramos, tentando acá y allá, y principalmente hacia el ciego, si podía averiguarse el punto estrangulado; pero en vano. Lo que vimos claramente fué que había una secreción plástica, albuminoídea y concreta, más abundante hacia dicha fosa: esa especie de capa plástica que forma falsas membranas, que se organiza rápidamente en toda inflamación aguda del peritoneo y que aglutina los intestinos. No podíamos dilatar más la herida abdominal, porque ni aun así hubiéramos alcanzado á ver nada y porque el empuje de los intestinos por salirse del vientre declaraba que si se abría más paso iba á ser imposible reponerlos luego, viéndonos en el trance más grave, deslucido y de mayor responsabilidad en que puede hallarse un cirujano.

Punzamos con un trócar las asas venidas afuera, por ver si, evacuándolas de gases, se reducían de volumen y permitían abrir más el abdomen é intentar un reconocimiento más perfecto; pero las punciones fueron inútiles. Entonces determinamos hacer un ano artificial: para ello se redujeron, con gran pena, las asas; suturamos una con el peritoneo y la pared abdominal y abrimos el intestino. Ni salieron por esto los gases ni se disminuyó la tensión. El enfermo no experimentó alivio; la operación se efectuó á las dos de la noche, y la muerte sobrevino á las siete de la mañana.

La otra operación fué practicada á una señora, con motivo de una hernia umbilical estrangulada desde cuatro días. Sin embargo de no haber sido necesario hacer más abertura en el abdomen que la precisa para desbridar el anillo, los intestinos, una vez libres, pugnaron por salir empujados por el meteorismo. La sutura de la pared abdominal apenas bastaba para contenerlos; y los esfuerzos contra los puntos, principalmente en los conatos de vómito, amenazaban rasgarlos. Asistí á la operación como mero ayudante: la practicó el Dr. Encinas con la mayor pericia; la enferma estaba en colapso, cual sucede en tales pacientes cuando se ocurre á la operación demasiado tarde; por más que el aspecto de los intestinos no era tan malo como podía temerse, el colapso continuó después de la operación y la enferma sucumbió á la mañana siguiente. Aunque esta última operación no resulta ser una verdadera laparotomía, sino más bien una desbridación, y aunque no se punzaron los intestinos con el fin de disminuir su volumen, la traemos aquí porque demuestra que aun la estrangulación de un asa pequeña determina dicho exagerado aumento de volumen.

Se ha propuesto (y creemos recordar haber leído algunas observaciones en que se hizo) la puntura intestinal sobre el saco estrangulado, como medio de dar salida á los gases, disminuir la tensión del asa y poder así verificar la taxis, evitando la operación de la hernia estrangulada. El recurso parece racional, y no sería justo que negásemos el beneficio obtenido en algún caso; pero nos extraña no tener conocimiento de mayor número de observaciones posteriores, que, á haberse repetido los sucesos, sin duda alguna hubieran sido publicadas. Por las observaciones recogidas en la autopsia de que estábamos tratando y por lo que pude ver en el operado de laparotomía, me parece que la hinchazón intestinal resulta, no por la sola dilatación de los gases, sino que también, y muy principalmente, por el éxtasis sanguíneo. Esto se ve patentemente en tales casos, encontrándose además la mucosa intestinal muy tumefacta é infiltrada de moco espeso. Opinamos que dicha circunstancia es la que se opone á la salida de los gases cuando se punza con un trócar, interponiéndose el moco en la abertura de la cánula. Menos fácil nos parece explicar por qué no se vacía, como era de suponer, cuando se hiere el intestino. Sin embargo, algo hemos notado que puede dar la explicación: si la herida es estrecha, sin ningún género de duda la mucosa se hernia por entre la membrana muscular, formando un tapón; y si bien este mecanismo no tiene lugar tan rigurosamente cuando la herida es grande, algo actúa por un lado; y por otro, la parálisis en que se constituye todo el canal cuando ha estado estrangulado, explica la otra parte de la causa del fenómeno.

Peritonitis ocasionada por un epitelioma uterino.—En el anfiteatro tuvimos ocasión de ver un modo de terminación del epitelioma uterino, sobre el cual nada conozco explícitamente consignado en la ciencia, viniendo á ser por este motivo digno de incluirse en esta relación. Refiérese á una enferma que entró en la Clínica con motivo de una artritis de la articulación del codo izquierdo. En el curso del tratamiento, como por incidente, y sin darle importancia, acusó padecer también de flujo blanco. Reconocimos el útero con el tacto y seguidamente con el espéculum. Uno y otro declararon la existencia de un epitelioma uterino y vaginal bastante adelantado. Hicimos las preguntas convenientes, resultando que el flujo seroso era bastante antiguo, pero no había preocupado á la paciente por no haber sentido dolor, ni molestias de importancia, ni pérdidas de sangre. No era éste el primer caso de cancroides *manso*, llamémoslo así, que nosotros habíamos tenido ocasión de ver. Por desgracia ó por fortuna, no dejan de ser algo frecuentes. Por fortuna, porque en padecimiento tan grave y que tantos horrores hace sufrir á las pacientes, fortuna es les toque uno de éstos que tan levemente mortifican. Por desgracia, porque la misma carencia sintomática hace que las enfermas descuiden su estado y lo abandonen hasta el último extremo. Ya no era posible emprender nada, y redujimos el tratamiento al aseo, á la dietética y la higiene. Un mes después del reconocimiento, y sin haber ocurrido más digno de notar que el aspecto de agua de carne del flujo, acusó la enferma astricción pertinaz y algún dolorimiento del abdomen, pérdida de apetito y fiebre; estos síntomas se fueron graduando y adquiriendo un tinte mixto entre tifoídeo y de inflamación abdominal. La inteligencia estaba bien, pero la lengua seca, costrosa, y los dientes fuliginosos.

Ocurriendo poco después el fallecimiento, practicamos la autopsia, encontrándonos con que el cancroides, después de haber destruído la porción cervical del útero, infiltraba todo su cuerpo, aunque sin haberle deformado considerablemente ni crecido mucho su volumen; hacia el fondo había traspasado la infiltración al peritoneo que le cubre, y desde dicho punto, como de un foco central, se había extendido una peritonitis parietal, mesentérica é intestinal, causa de la muerte. Resulta, pues, de esta autopsia un modo de determinación del epitelioma uterino que conviene tenerse en cuenta; probablemente debe su singularidad, más que á verdadera rareza, á haber pasado inadvertido.

Autopsia de quistes ováricos en sus últimos procesos.— En la mesa anatómica pudimos observar los estragos que llegan á producir los quistes ováricos cuya marcha se deja confiada al curso natural del padecimiento. Admitimos en la Clínica tres enfermas de esta clase; y, como dijimos en la conferencia de apertura de curso acerca de la primera admitida, les dimos entrada, para que los profesores del Instituto tuviesen ocasión de estudiar los graves desórdenes y el término penoso de estos males, cuando no se les socorre en tiempo oportuno. De las tres enfermas, las dos primeras sucumbieron, y de sus autopsias paso á hacer referencia; la tercera vive aún muriendo, asistida en la Clínica.

Las autopsias y las historias de ambas pueden reducirse á una sola: tal ha sido la identidad de la marcha, de los fenómenos y de las alteraciones encontrados en sus cadáveres. Por ser idénticas, lo eran hasta en la fisonomía. La primera enferma falleció antes de entrar la segunda en el Hospital; y como ocupara la misma cama y sus fisonomías fuesen iguales, cualquiera persona que no tuviese la evidencia que nosotros del fallecimiento de la primera, no hubiera creído que la segunda era otra enferma distinta.

La identidad fisonómica era procedente de la igualdad de los sufrimientos. En ambas había llegado la consunción y el enflaquecimiento del rostro al mismo grado. Ambas tenían igual mirada, la misma expresión lánguida y doliente; puede asegurarse que habían perdido los rasgos de distintas personas, por haberse sobrepuesto los rasgos profundos de la misma enfermedad. Las dos se presentaron conducidas y sostenidas por debajo de los brazos, por no poder ya valerse de sus fuerzas. Las dos reclamaban con instancia ser operadas, esperando con alegría la posibilidad de morir en el acto, mirando este fin como una suprema dicha; y tal era y tan vivamente expresaban el deseo, que nos pareció cruel quitarles esa última esperanza, dándoles plazos y demoras. Pasaban los días sin ser realizada la promesa, y me solían decir: «Usted me engaña; usted no me opera porque no tengo remedio». Apoderábase con tal idea un abatimiento y una desolación tal, que juntamente la disnea, la imposibilidad de volverse, la diarrea, la falta absoluta de apetito y las molestias de toda clase, formaban un cuadro que es imposible dibujar. No sé de cuántos pretextos tuvimos que valernos para consolarlas, mientras no llegó la muerte definitiva de aquellas infelices, que entraron cadavéricas, tan sólo con la precisa vida en ojos y sentidos para poder ser testigos de su lenta agonía.

Cuando, pasadas las veinticuatro horas, fueron á la mesa del anfiteatro, aun para los que nos hemos educado en ellos era doloroso y repugnante el espectáculo. Huesos mal cubiertos por una piel fina y lívida, contrastando por su delgadez con el volumen enorme del vientre y la gelatinosa hinchazón de pies y de tobillos. Palidez incolora del relieve de las costillas; listas cárdenas, verduzcas y sumidas en los espacios intermedios.

Se procedió á la autopsia, cual si hubiera de ejecutarse la operación en el vivo. El profesor que la hacía y los que le ayudaban incindieron el abdomen según regla, y apenas cortaron la capa edematosa en que estaba convertido lo que debía ser tejido graso, ya no pudieron orientarse: ni músculos ni aponeurosis aparecían á la vista, ni pared distinta de saco; todo era una especie de detritus, parecido á una vieja maceración en pus, de una membrana espesa. Pugnando por disecar y separar el saco, se fueron por entre las capas indistintas de las desfiguradas aponeurosis, y hasta muy adelantado el despegar no cayeron en la cuenta. Tratando de corregir el error, no les fué posible despegar aquello de la aponeurosis ni del saco quístico, saliendo las partes molidas y á pedazos. Abierto el tumor en un punto, abortó súbito un caño de pus, que llenó la mesa y corrió al suelo. No por ello disminuyó notablemente el volumen abdominal, siendo preciso para conseguirlo abrir el quiste por otras muchas partes. Ya se caía en un quiste análogo al primero, ya en otro gelatiniforme, ya en

otro de humor oscuro y achocolatado, ya en otro de contenido blanco y como de pus concreto.

A más de formar el saco, por su íntima unión con el peritoneo parietal, un solo cuerpo, infinitas adherencias lo pegaban al omento, al mesenterio y la vejiga; siendo imposible aislarlo de la excavación pelviana, ni de los órganos de esta cavidad. Ambas enfermas, en el largo curso de su mal, habían sido punzadas muchas veces, y ambas también habían tenido espontáneas evacuaciones de parte del contenido quístico, unas veces por la misma pared abdominal, otras por la vagina y otras por el recto. Vaciábase así parcialmente alguno que otro quiste, disminuía algún tanto la tensión y la enferma tomaba un poco de respiro; mas la totalidad del mal seguía en progreso, por el desarrollo y plenitud de otros sacos. No hay que decir que ni en una ni en otra existía verdadero pedículo. En estos tumores tan adelantados se pierde por el propio desarrollo de su espesor y por la tensión excéntrica que el quiste ejerce á modo de despliegue. Cuando miraba estas autopsias, recordaba con pena que sólo hemos podido operar, salvas tres excepciones, en casos semejantes y hasta idénticos al que se presentaba á nuestra vista. Así se explica el deslucido resultado que respecto á curaciones ofrece la estadística en España. Mas, en descargo de nuestra conciencia, debemos decir que sólo han reclamado ser operadas por nosotros las pacientes que se han hallado en esa extremidad. Mientras que sólo han sentido las molestias hidrópicas, la debilidad y el cansancio, han recurrido á la punción una y cien veces, resistiéndose siempre á la intervención quirúrgica y hasta huyendo de consultarnos. No se debe tan funesta resistencia á las enfermas mismas; para hablar en justicia, es preciso decir que se debe al estado de opinión de la mayoría de los médicos. Unos no hacen el diagnóstico en tiempo oportuno; otros se creen rebajados en declararse ineptos para hacer la operación, y prefieren convencerse de que no debe ejecutarse; y casi todos, no sólo se oponen, sino que se esfuerzan en intimidar á las enfermas y familias. No por afán de criticar declaramos, ni menos por lastimar á nadie en particular, estas tristes confianzas. Ya no estamos en edad ni en tiempo de que nos interprete la malicia; es preciso que medite el profesorado que acaba de retirarse Spencer Wells de la práctica, habiendo ejecutado mil ovariotomías y dado á la vida media de este número de enfermas muchos centenares de años. Es preciso que sepan que Nusbaum, en Alemania, acaba de recibir un agasajo del cuerpo profesional por haber practicado su trescientas ovariotomía, significándole así que se honran con que en su país haya profesores que mantengan el arte honrosamente al nivel de las demás naciones. Es preciso entiendan que perjudican á la humanidad y menoscaban el concepto del país, dando lugar con tal conducta á que, habiéndose practicado aquí la ovariotomía antes que en otras partes, después de tanto número de años, el cirujano que más, haya podido hacer 10 ó 12 operaciones, y eso... en 10 ó 12 cadáveres vivientes.

Nada podrá dar idea del afán que se apodera de estas desgraciadas cuando ya no les alcanza remedio humano, como la sumaria historia que voy á referir de la tercera de estas pacientes, y que en la actualidad ocupa la cama núm. 10 de la sala de Santa Teresa.

Historia de una enferma de quistes del ovario.—Fué recibida en el Dispensario con el diagnóstico de tumor abdominal, y *calificación* pendiente de observación. La interesada decía que su enfermedad databa de sólo cuatro meses. El vientre estaba duro, no muy elevado, formando una masa indistinta, más resistente hacia el epigastrio. Pero el estado general, el desemblantamiento, el pulso, la falta de fuerzas, los dolores abdominales y la perturbación de todas las funciones eran tan graves que no podíamos comprender cómo siendo el mal de una data advertida de solos cuatro meses, se pudiera tratar sino de un padecimiento canceroso. Procurábamos por todos los medios y por todos los reconocimientos imaginables averiguar el preciso asiento y la naturaleza de aquella tume-

facción abdominal; llegando, después de estudiarlo y de pensarlo mucho, á inclinarnos, con ciertas reservas, á que fuera un tumor maligno del ovario derecho. La enferma, desde el primer día, entró solicitando la operación, en lo cual insistía diariamente. Encargamos que recogiese la historia al profesor D. Ambrosio Rodríguez, el cual, al tomar los apuntes y fijarse en la cara de la enferma, le pareció recordar confusamente aquella fisonomía. Dando vueltas á su memoria, como ya hubiese apuntado la fecha de los cuatro meses del mal, despejó su recuerdo, presentándosele claro que aquella enferma, aunque muy desemblantada, era la misma que había visto en el Hospital General seis años antes padeciendo un voluminoso quiste del ovario. Recordó también que el Dr. D. Pascual Candela, en cuya sala estaba, la había aconsejado la operación; á lo que la interesada se resistió enérgicamente. Firme en el recuerdo de unos hechos que había presenciado, dijo á la paciente:—Señora, usted no hace cuatro meses que está enferma; yo vi á usted hace seis años en la sala del Dr. Candela.

Sin embargo, la interesada, como otro San Pedro, lo negó tres veces. Convencida, al fin, de que se había descubierto la verdad, concluyó por confesarla. Y reconviniéndola por haber dado lugar con su engaño á que nos devanásemos los sesos, exponiéndonos á una equivocación, dijo: «He procurado ocultar la antigüedad de mi padecimiento, porque temía que entonces no quisieran operarme». La interesada, efectivamente, venía de correr clínicas y hospitales reclamando una operación que ya no era posible ejecutar.

En el tiempo que lleva en nuestra Clínica, son indecibles los sufrimientos y las complicaciones que en la enferma hemos presenciado. Por dos veces ha sido preciso administrarla los Sacramentos, pareciendo estar en el último trance de la vida. Una vez salió del paso abriéndose un quiste y evacuándose por la vagina; otra vez, por el recto. Ha sufrido una abundante hematemesis, en cuyo trance también pareció que iba á expirar; y un ataque histero-epiléptico, que la ha dejado hemiplégica y con la contractura de la mano derecha. Viendo la singular resistencia de la paciente, habiendo crecido su abdomen y cesado las evacuaciones por el intestino y la vejiga, nos pareció inhumano presenciar inactivos tanto padecer. Después de meditarlo, optamos por hacer una abertura hacia el lado más alto, tenso y doloroso de su vientre por medio de la pasta de Canquoin. Se hizo en efecto la abertura, pero en vez de pared quística se presentó una superficie que más parece corresponde á un intestino. Aconsejan los especialistas en casos como el presente hacer una incisión exploradora, sacar el tumor á pedazos, si se puede, y si no, dejarlo abierto al exterior, ó volver á suturar el vientre. Bien pensado, en casos como éste, autorizada está cualquiera tentativa, en otros países.

También hemos hecho en el anfiteatro el estudio anatomo-patológico de las piezas resultantes de las operaciones efectuadas en la Clínica. Estudio de gran resultado para la enseñanza, y que ha venido á completar la historia de los casos.

DEL ARTE DE AMPUTAR

Entendemos por amputaciones las operaciones que tienen por fin separar un miembro de su continuidad con el organismo. Entendemos por extirpaciones las operaciones que tienen por objeto separar un órgano patológico. Tanto las unas como las otras pueden ser totales ó parciales.

Nos toca hablar de las primeras y desentendernos de las segundas, que sólo mencionamos para establecer sus diferencias, indicando la línea divisoria que las separa.

Teniendo por objeto las amputaciones separar un miembro de su continuidad con el organismo, es claro que de dicho objetivo primero nacen otros objetivos subsiguientes: unos, impuestos por la enfermedad que se trata de corregir; y otros, por las condiciones fisiológicas y anatómicas de las partes.

Todas estas cosas, todos estos objetivos constituyen verdaderas imposiciones; y una vez dadas, entra la terapéutica quirúrgica á discurrir y procurar los medios de satisfacerlas.

La enfermedad impone la cantidad y extensión del miembro que se haya de sacrificar. La fisiología y la anatomía, el modo y forma como se ha de efectuar el sacrificio.

Toda operación es un acto *á fortiori*, que constituye una violencia material y moral. Y así como al que le asalta un bandolero pidiéndole la bolsa ó la vida, procura, á serle posible, dar la menor suma, así el terapeuta, cuando el afecto morboso le pide el sacrificio del miembro ó de la vida, procura, en cuanto le es posible, sacrificar la extensión menor de miembro.

Por desgracia, no son infrecuentes las ocasiones en que tenemos que entregar toda la bolsa; y ya por la extensión de las lesiones, ya por su naturaleza, obligarnos á sacrificar la totalidad del miembro.

Entran después la fisiología y la anatomía á estrecharnos el campo de la acción, y en los límites que nos quedan hacernos entablar nuestras funciones artísticas.

Toda amputación ataca esencialmente la continuidad de las partes; pero como en las extremidades superiores é inferiores existen conjunciones interóseas ó articulaciones, á las amputaciones que no exigen la división de huesos y que entran por sus coyunturas las denominamos amputaciones por contigüidad, y más propiamente amputaciones por desarticulación, ó desarticulaciones sólo; implicando, sin embargo, tácitamente la idea de amputación.

Tenemos, pues, según esto, dos modos de amputar: por continuidad y por contigüidad, ó, lo que es lo mismo, por amputación y por desarticulación.

¿Cuál de estos modos es el preferible? Comparados en sí mismos, parece preferible la desarticulación, aunque es difícil decidir por las estadísticas este asunto: la razón anatómica favorece la desarticulación, mientras que la razón fisiológica se inclina con variedad, unas veces á la amputación y otras á la desarticulación. En general, queda por tanto el problema sin resolver, pero en particular no sucede así; y en su virtud, exige cada caso su determinación, resolviéndola entonces, más que la razón anatómica ó fisiológica, la razón patológica de donde surge la indicación.

En igualdad de circunstancias debemos optar por lo que permita el menor sacrificio: llenando, se entiende, la indicación terapéutica con menor desuso del resto del miembro.

No siendo necesario atacar la continuidad de los huesos en las desarticulaciones, el instrumental se reduce á muy poco; casi al de las operaciones comunes.

En las amputaciones se dividen los troncos vasculares del miembro, y por tanto hay que prevenir la hemorragia que por ellos debe efectuarse.

Contamos con varios medios para conseguirlo, desde el torniquete hasta el aparato de Esmarch.

Salvo algún caso excepcional, la experiencia nos permite aconsejar la abstención de todos estos medios. El mejor torniquete para las amputaciones es un buen ayudante que comprima la arteria. No siempre se dispone de un ayudante, pero hablamos de lo corriente. Un cirujano que carezca de buenos ayudantes es como si careciese de instrumental. Debe tenerlos. Hay casos, como en los campos de batalla, en que no se puede disponer de quien sepa comprimir un vaso, y sólo entonces ó en análoga circunstancia deberá recurrirse al torniquete. El torniquete no declara que tenga bien interrumpido el círculo sino hasta después de dividido el vaso. Si, ya herido, sale sangre, es preciso suspender la operación, aflojarlo, volverlo á colocar y atornillar; y á todo esto, la hemorragia persiste y puede sobrevenir una desgracia. Aunque esté bien colocado, los movimientos del paciente suelen desplazarlo y originar los expresados peligros.

El vendaje de Esmarch es más seguro: pero las amputaciones son operaciones rápidas; y, comprimida la arteria por mano inteligente, ni se pierde sangre ni tenemos que temer la parálisis vaso-motora que provoca el aparato de Esmarch, y que tanto intranquiliza por el lado de las hemorragias consecutivas.

No despreciamos el invento de dicho cirujano; lo usamos y lo continuaremos usando en las resecciones, en las extirpaciones y en los demás actos operatorios en que sea preciso emplear mucho tiempo y convenga tener exangüe y clara á la vista la región donde se actúa. Mas en las amputaciones lo considero innecesario y menos ventajoso que la simple compresión digital.

En cualquier amputación van los peligros de la hemorragia creciendo en la misma razón que los otros géneros de peligros; todos van aumentando del extremo á la base. Dicha ley comprende lo mismo los riesgos inmediatos que los mediatos. Así, hay más posibilidad de una hemorragia amputando la pierna que amputando el pie; más amputando el muslo que la pierna, etc.; y tanto en el acto operatorio como en los días subsiguientes á la operación.

Por lo demás, el arte es hoy dueño absoluto de las hemorragias inmediatas y consecutivas de las amputaciones, salvo el caso de que el paciente sea hemofílico. Por fortuna, esta condición morbosa es rara y puede averiguarse antes de decidir la operación.

Desde luego se alcanzan las razones por qué las hemorragias son menos peligrosas cuanto más se alejan de la base del miembro: los vasos son de menor calibre, sus energías más leves, sus ramificaciones menos importantes.

La compresión digital que ha de interrumpir el círculo deberá hacerse siempre en la raíz del miembro, ya se ampute hacia la extremidad, ya más hacia la base. En este punto la arteria es única; más abajo suele dividirse, ó dar troncos secundarios que harían incompleta la interrupción del círculo, si por bajo de ellos se hiciese la compresión.

Bajo el mero aspecto del arte, puesto que en las desarticulaciones no hay que atacar la continuidad de los huesos, parece que se debe empezar por ellas la enseñanza. Pero siendo las desarticulaciones más difíciles, generalmente, que las amputaciones por continuidad de hueso, parece que por éstas debería empezarse, siguiendo la máxima de caminar de lo fácil á lo dificultoso. No dudo que en ejercicios de operaciones sea discreto seguir este orden; pero, en exposición didáctica, simplifica bastante dar las reglas comunes, y así queda poco que añadir á cada amputación ó desarticulación particular.

Amputaciones son las unas y las otras; ambas llevan por objeto separar cierta extensión de un miembro. La preferencia de una ú otra se establece en la indicación de sacrificar la extensión menor posible. Así, si desarticulando llenamos la indicación terapéutica con menor mutilación,

desarticulamos; si amputando por hueso ahorramos mutilación, amputamos. Como quiera que los huesos y las articulaciones son sucesivos y alternos, se comprende bien que unas veces ahorramos mutilación desarticulando, y otras amputando.

Aparte de esta comunidad en los motivos de elección, comienzan después las diferencias.

Por regla general, en las desarticulaciones resulta improcedente lo que se llama método circular; en tanto que el método á colgajo es tan adaptable á las unas como á las otras, con ligeras variantes.

No se parte de estos principios en los artes ó libros de operar, y de ello resultan muchos daños. Cada topografía exige un plan determinado de acción, lo mismo en arte militar que en el arte quirúrgico. Se dice, por ejemplo: desarticulación de la primera falange del dedo grueso. Método circular: hácese así y de tal modo. Método oval: ejecútase de tal y tal suerte. Método á colgajos: se practica de esta y esta y de la otra manera. De aquí resulta una aparente riqueza de recursos; pero lo que resulta realmente es una complicación innecesaria y una enseñanza infausta, porque dice y enseña á hacer las cosas de muchos modos que no convienen en manera alguna hacerse. Gracias á que el sentido común rechaza por intuición los malos consejos, aunque tengan la autoridad que les presta el hallarse impresos en tratados didácticos; pero, de todas suertes, es muy posible, y sucede en efecto, que esos caracteres sumisos y aplicados, que aprenden lo que les enseñan, descansando en la autoridad, obren según ella y procuren realizar las torpezas del consejo.

Supongamos á un cirujano que, asistiendo un paciente de caries de la primera falange del dedo grueso, ve indicada la desarticulación. Entiende que puede hacerse por el método circular, y procede en su virtud á realizarlo. Hace su incisión en redondo, va á disecar la piel, y la estrechez del círculo no lo facilita; con mil apuros y malas maniobras despega lo que puede y como puede dentro del canuto aquél formado por una piel hinchada y gorda. Va á revolverla para buscar la coyuntura más atrás, le es materialmente imposible, teme que sea impericia lo que en suma es mala enseñanza, se azora; y tienta aquí, corta allá, concluye aquello por ser una desdicha.

Puesto que cada topografía tiene un plan de ataque, uno solo debe darse: el más simple, el más seguro.

Dedos.—Se desarticulan las terceras falanges á colgajo palmar, lo mismo en los pies que en las manos. Penétrase con el filo del bisturí perpendicularmente sobre la articulación, manteniendo en flexión la falange. Para caer en la coyuntura, conviene no seguir precisamente la línea del ángulo que forma la flexión, sino un poco más abajo.

La práctica en el cadáver es necesaria en esta simple operación, como en todas. De escribir mal á escribir bien hay mucha diferencia: operar mal, lo hace cualquiera á costa del paciente; operar bien, sólo lo hace el que lo ha practicado muchas veces en el cadáver. Siempre es más difícil y más grave hacer una operación que cortar una levita; y, sin embargo, nadie pretende cortarla en paño bueno sin ensayarse muchas veces en una tela sin valor.

Puesta en flexión la última falange, queda precisamente formando el ángulo de flexura el borde superior de la extremidad de la segunda falange: hay, pues, que hacer la incisión transversal tres ó cuatro milímetros más abajo para caer en la coyuntura. La incisión debe hacerse corrida, manteniendo los otros dedos en un plano más inferior para que juegue libre el bisturí. Denomino incisión corrida la que se practica á modo de arco de violín cuando corre sobre la cuerda. El bisturí se aplica de talón y se desliza hasta la punta. La fuerza empleada debe ser leve, pero en proporción con el grosor y resistencia particular de los tejidos del operado, pues ya se comprende cuán distinto espesor y consistencia tiene el dedo de un marinero que el de una señorita. Haciendo la operación bien en este pri-

mer paso de bisturí, debemos entrar en la articulación. Se violenta un poco la flexión y se acaban de dividir los ligamentos laterales. Colócase el talón del bisturí detrás de la cabeza de la falange que se amputa, y se verifica otra incisión corrida, pero no perpendicular al dedo como la primera, sino horizontal y paralela á la misma falange. En esta incisión debe quedar tallado el colgajo y concluída la amputación. Aunque son pequeñas, conviene ligar las dos arteriolas colaterales; y si no dan sangre ni se ven, cauterizar sus puntos correspondientes.

Si la enfermedad impide el colgajo inferior, por hallarse invadido, conviene amputar por continuidad sobre la segunda falange.

Amputación de la segunda falange.—Puède aquí optarse por un colgajo inferior ó superior, ó bien dos, superior é inferior, más cortos; y aun si la alteración de los tejidos obligara, laterales, ya de un lado ó ya de otro.

Si conviene un solo colgajo, haremos una incisión transversal á nivel del punto donde determinemos serrar el hueso. Esta incisión primera deberá cortar la piel y los tendones. Se entiende que si el colgajo ha de ser palmar, la incisión transversal será dorsal; si el colgajo que procuremos ha de ser dorsal, la incisión primera ha de ser palmar, etc. Llegando con ella al hueso, se aplicará una sierra fina á la línea de falange descubierta; una vez aserrada, penetraremos con el bisturí por entre la división y tallaremos el colgajo. Para obtener dos, el procedimiento es bien sencillo. Se incude circularmente el dedo, y de los diámetros opuestos de esta incisión profunda circular, ya á las partes laterales, ya superior é inferior, se hacen partir ascendiendo dos incisiones longitudinales de una extensión próxima al diámetro de la circular. Resultan así dos colgajos cuadrangulares que se disecan y levantan; por bajo de su base se dividen las correderas fibrosas y los tendones, se sierra el hueso, se ligan las colaterales y se adaptan los colgajos resultantes, ya que son superior é inferior si las incisiones fueran laterales, ó laterales si las incisiones fuesen superior é inferior.

Desarticulación de los segundos artejos y falanges.—Se procede en un todo según dijimos de las terceras.

Amputación de las primeras falanges.—Se ejecuta de igual manera que las segundas.

Desarticulación de las primeras falanges, ó sea de los dedos.

Los dedos gruesos y los pequeños de la mano y pie permiten la desarticulación á uno y dos colgajos, ya externo, interno, superior ó inferior. El dedo índice se presta mejor á un solo colgajo externo, suponiendo la mano en supinación. En el pie, la desarticulación del dedo grueso y pequeño debe evitarse á toda costa. Quedan las cabezas de los metatarsianos muy prominentes y expuestas á roces y contusiones, dificultando de un modo considerable la progresión, dejando al operado en situación muy penosa. En unos casos hemos sustituído dicha operación por la resección de la falange; en otros, por la amputación oblicua del metatarsiano. Del primer recurso hemos obtenido resultados muy satisfactorios.

Los segundos, terceros y cuartos dedos del pie, así como los terceros y cuartos de las manos, se prestan mal á la desarticulación. Sus comisuras quedan muy por delante de las líneas de coyuntura; los tejidos dorsales son escasos y delgados, mientras que los plantares y palmares son gruesos y fuertes. Tal disposición restringe los modos de ataque, reduciendo la desarticulación á un método mixto, que se denomina impropiamente método oval, y que más se acerca á esta figura: ⊽.

Importa la corrección que acabamos de hacer, porque la impropiedad de la palabra por un lado, y la inexperiencia por otro, suelen dar ocasión á dejar sin proteger la cabeza del metatarsiano ó metacarpiano al pretender ejecutar el llamado método oval.

La operación se reduce á lo siguiente: separados los dedos vecinos en el grado posible, con un escalpelo estrecho, se practica una incisión circular que corte la flexura inferior y las partes laterales y superior de la piel á nivel de las comisuras interdigitales. De la parte superior de dicha incisión circular se corre otra longitudinal hasta el ángulo que forma la cabeza del hueso metatarsiano ó metacarpiano, resultando esta figura de raqueta: Ϙ. Despégase por disección la parte recta y los ángulos que forma con la curva. Dóblase forzadamente el dedo, tirando algo de él al mismo tiempo. La articulación permite así separar bastante las superficies articulares, y fácilmente se penetra entre una y otra, incindiendo profundamente con la extremidad del escalpelo un centímetro por bajo del ángulo articular. Se atacan á uno y otro lado los ligamentos laterales, y se luxa el dedo, sacando por la abertura el extremo de la falange. Córrese de plano por detrás el escalpelo y córtanse los tendones flexores. Se facilita la operación enganchando con un tenáculo los ángulos de la piel, y manteniéndolos separados por ayudantes. Las arterias colaterales pueden retraerse y quedar escondidas; si los chorritos de sangre no guían para prenderlas y ligarlas, se cauterizará con la punta del termocauterio el sitio correspondiente. Como del nivel de la flexura inferior y de las comisuras interdigitales á la línea de conjunción articular queda mucho espacio, resulta un hueco profundo que, por más que se cubra con la piel suturando la incisión circular y la longitudinal, no deja de favorecer el remanso del pus, dificultando la cicatriz por primera intención. En el llamado método oval clásico se favorece aún más este remanso; el pus no tiene otra salida que por rebosamiento, y se le obliga á minar hacia el metacarpo, y más aún hacia el metatarso. En efecto, cualquiera podrá ver que la herida quirúrgica representa exactamente una cavidad en forma de cuchara, la cual se reduce á un túnel hueco cuando se suturan sus bordes. Algo corrige esta mala disposición la manera como aconsejamos proceder; pero en el pie, dada su natural posición en cama, de la que resulta el centro de gravedad en el talón, no podemos darnos por satisfechos sin arbitrar algún recurso que evite el inconveniente del remanso y la filtración hacia la cabeza del hueso y las partes profundas. Estudiando este asunto, no hemos podido discurrir otro remedio que el de dividir el diámetro plantar de la incisión circular por otra incisión análoga á la dorsal. Se coloca perpendicularmente entre la comisura posterior de ambas heridas un drenado de cerda que salga por el dorso y por la planta, y se suturan por delante las incisiones; de este modo el túnel tiene un desagüe por su fondo y base, disminuyendo en lo posible los indicados inconvenientes.

Nada digo respecto á las operaciones sobre los huesos metacarpianos y metatarsianos en particular, porque las operaciones que en ellos pueden efectuarse no son amputaciones, sino verdaderas resecciones, aun dado caso que se extraigan por la articulación. Ya, cuando se actúa sobre todos los del pie ó de la mano ó sobre los cuatro últimos de ésta, se efectúa una amputación.

Amputación del metatarso y metacarpo.—La disposición anatómica de la una y de la otra extremidad, en el metatarso y en el metacarpo, varía tanto, que puede decirse poco en común de sus amputaciones. Esto poco sólo se refiere á la amputación por continuidad de ambos emparrillados óseos. La amputación por el cuerpo de estos huesos es muy poco frecuente, y casi está en desuso. En la mano, no defenderé que merezca la pena preferir ésta á otras amputaciones. No obstante, si con amputar el metacarpo por su centro podemos salvar el dedo grueso, recomendaremos con ahinco que se ejecute la operación con preferencia á otras.

Respecto al metatarso, no hay dudas. Dos centímetros de metatarso que podamos conservar, dejan un resto de pie más útil que el que resulte desarticulando.

La amputación debe hacerse, siempre que se pueda, por dos colgajos, uno dorsal y otro plantar. Según lo permitan las partes, así proporciona-

remos sus magnitudes. Si hay tejidos, convendrá que tengan ambos la misma magnitud; de no haberlos, tallaremos uno pequeño y otro mayor; y si tan sólo podemos disponer de la planta, con un colgajo plantar nos resignaremos.

Conviene advertir que, en este caso, el colgajo necesita ser bien largo, aprovechando las carnes hasta la línea de flexura de los dedos; de otro modo, nos expondríamos á dejar la herida sin cubrir.

Tallado el colgajo superior, si hay de dónde, disecado y doblado; y si no, incindiendo desde luego con energía hasta topar en hueso por la línea deseada, de modo que en el corte quede dividida la piel y los tendones, pasamos á perforar los espacios interóseos y dividirlos á través en la misma línea que trazamos con la incisión primera. Hecho esto, comenzamos á serrar los metatarsianos, sucesivamente del último al primero, y no todos á la vez, porque se mueven y no resulta el aserrado limpio. La sierra de dentistas podría facilitar y abreviar la ejecución. Serrados los cinco huesos, perfeccionaremos con el escalpelo la división transversal de los tejidos musculares y fibrosos. Se dislocarán los fragmentos óseos hacia adelante, y pasando por detrás el escalpelo, se tallará el colgajo inferior de lo profundo á la piel. Acto continuo se ligan las arterias que dan sangre ó se cauterizan los puntos de su corrida, se adaptan los colgajos y se practica la sutura.

De igual suerte, *mutatis mutandis*, se procede para amputar por continuidad el metacarpo.

Desarticulación tarso-metatarsiana (1).—Hácese á colgajo, principalmente plantar. Se tallan de la forma y manera que expusimos en la operación antecedente. Lo esencial en esta desarticulación estriba en conocer la línea quebrada que, partiendo de la apófisis del quinto tarsiano, corre las junturas articulares de los cinco, con el cuboides y las cuñas. Dicha línea es ligeramente curva; pero se interrumpe en el punto que corresponde á la extremidad posterior del segundo hueso del metatarso, que entra como en una muesca angular, cuya base corresponde á la cara anterior de la segunda cuña y los lados á la primera y la tercera. Las meras descripciones son inútiles para ejecutar la operación con limpieza; pero la práctica en el cadáver la facilita hasta el punto de poderla hacer con los ojos vendados. Si al pretender llevarla á cabo en el vivo se viese el operador detenido por la extremidad del segundo metatarsiano, sin encontrar pronto su línea de juntura, no debe insistir en el empeño, sino echar mano á la sierra y salir pronto y sin tanteos de la dificultad.

Desarticulación medio-tarsiana.—Hácese también á uno ó dos colgajos, de la manera antes descrita. Se procura tactar la prominencia del escafoides hacia el borde interno del pie, y la del cuboides hacia el externo. Este último punto de guía no suele tactarse sino en las personas de piel delgada; pero está en la mitad del espacio que media entre el maléolo y la apófisis saliente del quinto metatarsiano. No es difícil, una vez tallado el colgajo superior y cortados los tendones, dar con la juntura, que sigue una línea recta, aunque más adelantada en la parte correspondiente á la cabeza del astrágalo.

Ligadas las arterias y adaptados los colgajos por puntos de sutura, deberá procederse á hacer la tenotomía subcutánea del tendón de Aquiles, para evitar la retracción posterior del talón. Igual consejo se extiende á las amputaciones que subsiguen.

---

(1) Esta desarticulación y las que siguen suelen llevar el nombre del primer cirujano que las practicó ó las propuso. Así, llámase á esta desarticulación de Lisfranc, á otra de Chopart, á otra de Pirogoff, etc.

Omito estos nombres, dándoles el anatómico exclusivamente, tanto por no sobrecargar la memoria, como para evitar, en lo que esté de nuestra parte, los perniciosos efectos de la vanidad, que ha complicado inútil y puerilmente el arte operatorio por el afán de dar cada uno su nombre á pretendidos procedimientos.

Desarticulación sub-astragaliana.—Pudieran estar afectados alguna vez todos los huesos del tarso, excepto el astrágalo; y como éste forma la llave de la articulación de la pierna con el pie, convendría mucho conservarlo para que resultase un muñón más apropiado y útil. La operación, en puridad, es la misma anterior, á la que se agrega la resección del calcáneo. No tenemos que advertir, por ser cosa de sentido común, que los colgajos superiores é inferiores deben en cada una de las operaciones descritas tener la magnitud proporcionada para cubrir el diámetro vertical del pie en el punto en que se ampute.

Desarticulación calcáneo-tibial.—Esta amputación y la que antecede no pueden determinarse *á priori*. Pocas veces podemos, en un pie profundamente enfermo, saber, antes de poner las partes al descubierto con el bisturí, si queda algún hueso sin dañar en medio de los otros próximos dañados. Son, por tanto, operaciones de ocasión y que tenemos que determinarlas sobre el campo. En su virtud, si procediendo á hacer la desarticulación medio-tarsiana nos encontramos, por ejemplo, con el astrágalo ileso, pero con el calcáneo enfermo, para defender lo más posible el grado de mutilación y no desarticular por los maléolos, dejamos ilesa la conexión de la pierna con el astrágalo y resecamos total ó parcialmente el calcáneo, atacando su juntura por debajo del astrágalo y cortando la atadura del Aquiles. Pero podemos encontrar ileso, no el astrágalo, sino el calcáneo, y en este caso aprovechamos las condiciones de este hueso á favor de la menor mutilación. Queda, pues, demostrado que no son estas operaciones de las que pueden predeterminarse, sino operaciones casuísticas que se hacen, cuando se da el caso, una vez al descubierto los tejidos y examinando á la vista el estado de las partes.

Ahora bien: resulta, en contra de lo que se enseña por los autores de las dichas operaciones y contra lo que se enseña en los libros, que el colgajo superior ó dorsal es idéntico al que se practica para la desarticulación medio-tarsiana, ó igual al que se emplea para la desarticulación tibio-astragaliana; porque una ú otra operación son las solas que podemos determinar *á priori*, corrigiéndolas luego de abiertos los tejidos, ya con el fin de quitar el astrágalo dejando el calcáneo, ya á la inversa, conforme el mal reclame.

Con lo dicho en cuenta, no hay que decir que si para estas últimas operaciones resulta en un caso el colgajo superior demasiado largo, y en otro corto, esto se corrige fácilmente dando la proporción debida al colgajo inferior, ya que, por fortuna, en toda esta serie de desarticulaciones, se talla en el último tiempo y estamos en aptitud de darle la dimensión proporcionada.

Puestos ya en el caso de hallar cariado el astrágalo é ileso el calcáneo, deberemos conservar este hueso importante, y para conseguirlo con el menor trabajo, se procederá así: se ataca la juntura tibio-tarsiana como para desarticular el pie; líganse los vasos que dan sangre; disólcase y atácase acto seguido la línea de articulación calcáneo-astragaliana y calcáneo-cuboídea; libre el calcáneo de sus conexiones, queda unido á los tejidos del talón y del Aquiles. Acto seguido se talla el colgajo plantar y córtase el tendón de Aquiles. Con una sierra se resecan las prominencias maleolares y una lámina de hueso que separe el cartílago articular de la extremidad de la tibia; se atrae el calcáneo y se afronta con dicha superficie aserrada, y en la dirección y forma apropiadas, para que resulte una superficie correspondiente cruenta, se asierra otra lámina del calcáneo. Examínanse las partes por el lado hemostático; se liga ó cauteriza lo conveniente, se corrigen y adaptan los colgajos, dejando el drenado oportuno, y se fija el calcáneo en inmovilidad con la tibia, cual si se tratase de una fractura que se quiera consolidar. Para ello vendamos con escayola, dejando una abertura para el desagüe.

Desarticulación tibio-tarsiana.—Tállase un colgajo anterior curvo, que comienza debajo de un maléolo y concluye en el otro. Disécase y le-

vántase. Divídense los tendones en la línea de flexura; la articulación es amplia y se ataca por entre la polea del astrágalo. Divídense los ligamentos maleolares. Vuélcase el pie; córtase el tendón de Aquiles con cuidado, para no degollar la piel delgada que lo cubre; diséquese el calcáneo y desprendase de las ataduras que se fijan á su porción plantar. Déjense los tejidos del talón y parte de la planta, cortando aquí al través, constituyendo una como boca de horno.

Hágase prolijamente la hemostasia y reséquense con la sierra ambos maléolos. Practíquese con el bisturí una punción por encima de los tejidos del talón, métase por ella un drenado de cerdas. Sutúrese el colgajo superior con la boca de horno, cerrándola á modo de portezuela.

Aunque es cosa de sentido común, por un exceso de dogmatismo se habla seriamente en toda operación de la posición del cirujano.

El que carezca de la intuición necesaria para no saber dónde ponerse en cada acto de la vida, no debe ser cirujano. Diremos, sin embargo, para no romper del todo con la costumbre, que en las operaciones de manos y de pies el enfermo conviene que esté acostado, y el médico delante de la mano ó pie. En las amputaciones de pierna y muslo, al lado externo del miembro en que opere.

Amputación de la pierna.—Puede hacerse en cualquier punto de su longitud. En los pobres, que no cuentan grandes recursos para proveerse de buenas piernas artificiales, vale más amputar por la parte media, sacrificando alguna longitud de miembro, en gracia de que puedan valerse cómodamente de un pilón, que es cosa barata, útil y sencilla. De todas suertes, la operación no varía, cualquiera que sea la altura á que se practique. Puede hacerse por corte circular, por uno ó dos colgajos y por incisión circular, interrumpida por un pequeño colgajo triangular.

La adopción de estos medios no debe responder al capricho, sino á las condiciones morbosas de las partes.

Método circular.—Se emplea un escalpelo de medianas dimensiones y no esos formidables cuchillos, restos del arte rutinario. Con un cuchillo grande no se corta más ni más pronto que con un bisturí. La incisión no es precisa ni se lleva á medida del deseo. Con el bisturí se traza rápidamente un semicírculo que divide la piel en la mitad de su extensión, y acto continuo el otro semicírculo. El dolor quirúrgico varía mucho con relación al modo de dividir los tejidos; y aunque el cloroformo evite que el dolor pase al centro subjetivo del paciente, no por eso deja de producir las vibraciones nerviosas que son causa del dolor mismo. Estas vibraciones son más bruscas ó más suaves, más ó menos intensas, según las condiciones del agente que determina la vibración. Un escalpelo mal afilado, al hacer una herida, produce más vibraciones dolorosas que otro de buen filo. El corte practicado suavemente con un escalpelo movido por mano perita, es menor que el causado por un cuchillo largo, cuya fuerza útil varía en relación á la palanca y que la mano no puede graduar. Por estas y otras muchas razones, que omito por no ser largo, debemos dejar relegados los cuchillos de amputación á los arsenales, conservando sólo el estrecho de dos filos, por ser indispensable para ejecutar rápidamente los colgajos que se tallan por punción previa, ó *transfixión*, como dicen los extranjeros.

Dividida la piel, se la diseca con el mismo bisturí, despegándola en redondo de la aponeurosis en una extensión suficiente para cubrir con descanso, sin tracción ni violencia, el círculo cruento que ha de resultar de la amputación. Se remanga la piel; y como tiende á desdoblarse, para no entorpecer al cirujano con los dedos de los ayudantes que pugnan por sujetarla, y que no se les resbale, lo mejor es tener dispuestos 20 centímetros en cuadro de tela de caucho, perforado en el centro por un pequeño agujero. Cortado el manguito y remangado, se mete el pie del enfer-

mo por el agujero de la tela, se corre hasta el manguito, y como el agujero estrangula suavemente la línea circular de tejidos sobre que actúa, lleva la retracción al punto que el cirujano desea, y allí sigue actuando automáticamente, sin permitir escurrimientos ni variaciones. El ayudante puede entonces mantener las puntas de la tela á distancia del operador, y no estará encima de él y del operado de una manera fatigosa. Sobre estas ventajas resulta otra mayor, y es que protege por arriba los tejidos, dejándolos libres de la acción del bisturí.

Por la línea de presión de la tela córtanse con el mismo bisturí los músculos, ya en una sola capa hasta el hueso, ya en más de una, si nos conviene irlas retrayendo en cono, lo cual se facilita mucho por la tela. Llegando á los huesos, por ser dos, se ataca el espacio interóseo dividiendo de punta músculos, ligamento y periostio. Se introduce de arriba abajo por la abertura practicada un pedazo de venda, y con ella se retraen las carnes interóseas. Aplícase la sierra, divídese el peroné, y después la tibia; se afloja la compresión digital de la arteria, se ligan los vasos y, una vez seguros de la hemostasia, se perfecciona la sección de la tibia, matando la espina con las tenazas incisivas ó con un corte oblicuo de la sierra. Sutúrase la piel, dejando un punto inferior libre para el drenado.

Amputación circular con un colgajo triangular anterior. — Este procedimiento, discurrido por nuestro compatriota Argumosa, sólo difiere del anterior en que, antes de dividir circularmente la piel, se talla un pequeño colgajo triangular que cubra ampliamente la cara interna de la tibia; de los lados de la base de dicho triángulo parten las incisiones semicirculares, procediendo por lo demás como en el caso anterior.

Practicada la sutura, queda el triángulo en la parte superior, y la línea de sutura se divide por consiguiente en forma de Y, quedando por tanto menos expuesta al roce de la extremidad del hueso.

Amputación por colgajos.—Estando la pierna descarnada por delante, el colgajo anterior resulta formado sólo por la piel, y esto obliga á tallarlo del exterior á lo profundo por virtud de disección con bisturí.

Estando por detrás las masas musculares de la pantorrilla, los colgajos posteriores pueden hacerse rápidamente por transfixión. Esto es, punzando con un cuchillo como los interóseos por el lado externo de la pierna, sacando la punta por el lado interno, para salir cortando hacia abajo el colgajo en la magnitud deseada.

Debe advertirse que los colgajos posteriores de la pierna, por su misma carnosidad, se doblan mal y se adaptan peor, por lo que conviene siempre combinarlos con un colgajo anterior, aunque sea corto.

Desarticulación fémoro-tibial.—El método circular da aquí imperfectos resultados. Necesita un manguito de piel extenso, y queda irregularmente fruncido. Es preferible hacer la operación á dos colgajos: primero el anterior, por disección, abrir la juntura, cortar los ligamentos cruzados y tallar de lo profundo á la superficie el colgajo posterior. Ligada la poplítea y alguna articular, se extirpa ó no la rótula y se adaptan y suturan los colgajos.

Amputación del muslo.—Se ejecuta por el método circular. Puede hacerse también á colgajos; pero, fuera de exigencia patológica, no resulta conveniente, á causa de que aumenta mucho la superficie cruenta, ya extensa de suyo en toda amputación de muslo.

Nada hay que añadir en particular sobre lo dicho respecto á la amputación circular de la pierna.

Como en el muslo sólo existe un hueso, la amputación en sí es más simple. La tela ó lámina de goma perforada resulta de más ventajosa aplicación en esta parte, y ella casi guía al cirujano en las líneas de corte,

porque á medida que se profundiza va constriñendo los tejidos, retrayéndolos, resguardando los ya cortados y exponiendo limpiamente al filo los que deban ser sucesivamente atacados.

Desarticulacion coxo-femoral.—Esta operación reclama el método á doble colgajo. Ni el llamado oval, ni ningún otro propuesto por el lujo de inventiva, tienen útil aplicación. Los colgajos deben ser ántero-externo uno y póstero-interno el otro. Las exigencias del padecimiento pueden, sin embargo, obligar á que avancen más ó menos hacia los diámetros vecinos. De todos modos, esencialmente la manera de obrar difiere poco, y lo que se diga del primero, con leves alteraciones que el sentido común declara, se puede aplicar á los demás.

Con un cuchillo estrecho, puntiagudo y de dos filos, se penetra con resolución por delante del centro del hoyo de la nalga, á nivel del borde superior del gran trocánter; con el dedo pulgar de la mano derecha se fija dicho borde y se dirige atravesando en túnel el cuchillo, por la gran muesca que queda entre la cara interna del trocánter y el cuello del fémur; síguese penetrando, y se llevan los dedos de la mano izquierda al triángulo de Scarpa para tactar y pulsar la femoral; húndese con el dedo y córrese el cuchillo para sacar la punta por delante y al lado externo de la arteria. Si se ha ensayado la operación en el cadáver, se llega á adquirir la suficiente destreza para ejecutar este tiempo velozmente, dejando la arteria ilesa en el borde interno de la herida. Fuera ya la punta del cuchillo, se taja de un solo golpe el colgajo ántero-externo. Los ayudantes, prevenidos con pinzas de presión continua, acuden á colocarlas sobre los vasos abiertos. Si la femoral, como debe, ejecutando bien lo dicho, queda visible latiendo hacia el borde interno de la herida, se la pasa una aguja de Deschamps armada con tripa, se liga y se corta un centímetro por debajo.

Acto seguido, remangando el colgajo, se ataca la articulación con bisturí; se corta el ligamento intra-articular, se luxa la cabeza del fémur, y poniendo el cuchillo entre el cuello del hueso y la superficie dividida, se taja el colgajo posterior interno. Aplícanse pinzas de presión en las bocas de los vasos, se ligan con calma, se lava bien la gran superficie cruenta con disolución fenicada. Se cauteriza con el termo lo que se juzga necesario, se sutura y se drena por los puntos declives.

Desarticulación carpo-metacarpiana.—Es una operación teórica que ninguna ventaja ofrece sobre la siguiente.

Desarticulación radio-carpiana.—Hácese á dos colgajos; también á uno, si la necesidad lo exige; no se apropia aquí el método circular. Tállase el colgajo anterior por disección, se levanta, córtanse los tendones, ábrese la línea articular, se atacan los tendones radiales, cubital y ligamentos laterales; se luxa la mano hacia adelante, se dividen los tendones posteriores y se talla el colgajo posterior, de la superficie al centro, ó viceversa. Aflójase la compresión de la humeral, que ejecuta el ayudante; líganse la radial y cubital; se denudan los nervios de dicho nombre y el mediano, separándolos de los tendones; se dividen lo más alto posible; se sierran las apófisis estiloides del cúbito y del radio; se lavan las partes y se suturan los colgajos.

Amputación del antebrazo.—Puede hacerse á cualquier altura, por el método circular ó de colgajos. Nada hay que decir especialmente sobre ellas.

Desarticulación cúbito-humeral.—Debe preferirse el método á colgajos. Se talla con bisturí, por disección, el anterior; se levanta, se cortan las ataduras musculares por debajo de las epitrócleas y en la flexura. Se ataca la articulación por el lado radial, y luego por el opuesto. Una vez

abierta se ligan las arterias, se talla el colgajo posterior por disección, córtase el tendón del tríceps; se procura dislocar el antebrazo, dividiendo los tejidos fibrosos que resten y se opongan.

Amputación del brazo.—Se presta mejor al método circular que al de colgajos. Nada hay que decir particularmente respecto á la amputación de dicho miembro. Puede ejecutarse á cualquier altura que la enfermedad exija. Sólo debemos advertir que, en las amputaciones bajas, el bíceps, al perder su atadura inferior, se retrae considerablemente; y como el tríceps queda atado al húmero, esto no sólo desiguala la superficie de sección, sino que la piel, arrastrada con el bíceps, suele dejar al húmero descubierto. En las amputaciones más altas, quedando menor extensión de bíceps libre, la retracción también es menor, y menores las consecuencias. Advertido el hecho, deberá tenerse en cuenta, tomando más extensión de manguito por delante y dividiendo el tríceps á mayor altura.

Desarticulación escápulo-humeral.—Fuera de alguna circunstancia morbosa que lo impida, el modo propio y más conveniente de hacer la operación es á dos colgajos: uno deltoídeo, y otro más pequeño, axilar. Se traspasa de atrás á adelante la base del músculo deltoides, penetrando por su borde posterior y sacando la punta del cuchillo por el anterior. La perforación debe pasar por debajo de la bóveda córaco-acromial, para lo que es preciso que un ayudante mantenga el brazo algo elevado.

Una vez que la punta del cuchillo asoma por delante, se taja afuera un colgajo de la extensión y forma próxima al mismo músculo deltoides. Se levanta el colgajo y se ataca la articulación, que generalmente suele aparecer ya abierta. Divididos la cápsula, el tendón del bíceps y los que se atan á las tuberosidades del húmero, se disloca fuertemente éste, lo bastante para meter el pulgar izquierdo dentro de la herida y comprimir la humeral contra los tejidos y la piel, presos entre el pulgar por dentro y los demás dedos por fuera. Hecha así la compresión preventiva, se pasa el cuchillo entre el húmero y las carnes, tallando el colgajo interno. Como la arteria esté bien sujeta, no se pierde casi sangre; su boca queda á la vista; se prende con las pinzas y se liga; líganse también algunos ramos de la acromial y otros menos importantes; se adaptan los colgajos, drénase y sutúrase.

La llamada amputación del omoplato es una extirpación, y por lo tanto no nos ocuparemos de ella.

Como toda clasificación, si clara en sus términos medios, está algo desvanecida y confusa á los extremos, resulta que hay siempre un punto donde la cosa no se puede asegurar que sea pez ó que sea rana. El miembro viril se encuentra ahora en este caso; es órgano, y su separación del cuerpo constituye una extirpación. Es miembro, y miembro que campea morfológicamente con cierto aislamiento independiente, por lo cual su separación resulta una amputación. Valgan estas razones opuestas, ya que en las dos partes hay impropiedad, para resignarnos á tratar aquí de la

Amputación del miembro.—En ésta, como en todas, y quizás más que en todas, ha hecho gala la inventiva quirúrgica de infinidad de métodos impertinentes: circular en uno, en varios tiempos, ya con el bisturí, ya con el estrangulador, ya con el cuchillo galvanocáustico, ya con el asa galvánica, ya hasta con el romo termocauterio.

Menos con el último, he amputado el órgano de todos modos. El estrangulador no lo hace mal, pero su obrar es largo y cruel. El cuchillo galvánico da un resultado peor que el bisturí ordinario. El asa es engorrosa, larguísima en su acción, dolorosa é insegura, ya porque la pila determina extracorrientes, ya por mil causas que, mientras se averiguan y corrigen, tienen en un brete á operador, ayudantes y á todo el mundo.

Los puntos que dificultan la operación son los siguientes: hemorragia,

flojedad é infijeza de la piel, retractilidad de los cuerpos cavernosos, oclusión consecutiva de la uretra.

Con decir los medios de que nos valemos para obviar dichos inconvenientes, resultará descrita la operación. Con un vendolete de franela muy fina, de un centímetro de ancho por 15 á 25 de largo, según el caso, vendamos el miembro oprimido, desde la raíz hasta el punto que reclame la sección.

La sangre detenida hincha los cuerpos cavernosos, produciendo una media erección que dilata el campo operatorio. La venda, además, suspende el curso arterial y fija la piel, oponiéndose á sus muecas y deslices, arrastrada por el corte. Tómase con una compresa el miembro por el glande, y sujétase algo tirante con el pulgar é índice izquierdo, mientras el dedo medio, extendido, apuntala el balano por un lado. Con unas tijeras fuertes y de largas ramas se corta á través, de un solo golpe, piel, uretra y cuerpos cavernosos. Como la tijera sea apropiada y el dedo medio apuntale diestramente el balano para evitar su huída, basta un solo golpe. Si el cirujano es menos diestro, podrá necesitar otro segundo; pero, de todos modos, la operación es tan rápida y la compresión de la venda entorpece tanto la sensibilidad, que, aun haciendo la operación sin cloroformo, resulta casi indolente. Separado el miembro, se liga la dorsal y las cavernosas. La primera, fácilmente; no así las segundas, cuyas bocas no exceden, sino que se ocultan en el centro de dichos cuerpos, siendo necesario la mayoría de las veces contentarnos con cauterizarlas. De uno ú otro modo, la hemóstasis queda asegurada. Búscase la uretra y se divide por bajo y alto dos milímetros, de modo que resulte su abertura así: ϕ. Acto continuo, con una fina aguja curva se dan dos puntos á la derecha y otros dos á la izquierda de las incisiones uretrales, que toman á su lado respectivo la piel del miembro. Déjanse estos puntos flojos y sin anudar. Suéltase la venda; cohíbese con disolución de percloruro de cinc la sangre que viertan los cuerpos cavernosos; caso contrario, lávese la herida con agua fenicada y ciérrense suavemente los cuatro puntos de sutura. La piel viene hacia adentro; una rápida cicatrización por primera intención evita trabajos plásticos ulteriores; la uretra queda ampliamente abierta y sin tendencias á perder su abertura. No se coloca sonda permanente. Al enfermo se le hace orinar en un baño de asiento lleno de agua tibia, y no se le coloca apósito ninguno.

REVISTA DE REVISTAS

Estudio del pie plano, por el Dr. D. Saturnino García y Hurtado, *Profesor de Ortopedia y enfermedades de los huesos y articulaciones en el Instituto Rubio y de la Beneficencia municipal de Madrid.*— Se llama *pie plano* el pie que tiene aplanada la bóveda plantar.

Normalmente, el pie del hombre tiene en su parte media un hueco ó bóveda que, á la vez que da paso á diferentes partes blandas, impidiendo que al pisar se traumaticen, sirve de muelle y de resorte que descompone y distribuye la fuerza á diversos puntos, evitando así la gravitación perjudicial sobre uno solo.

Esta forma del pie, dada la posición vertical del individuo, favorece extraordinariamente la marcha, el salto y la carrera.

En estado fisiológico, el pie se apoya por detrás en el talón, por delante ligeramente en las yemas de los dedos y más en el borde anterior que corresponde á las cabezas de los metatarsianos (fig. 1.ª); otros individuos que no tienen la bóveda plantar tan alta ó encampanada, apoyan también, aunque poco, el borde externo del pie (figs. 2.ª y 3.ª).

La bóveda plantar es irregular, está constituída por todos los huesos del tarso y metatarso. Tiene un apoyo posterior en el calcáneo y dos anteriores en las cabezas del primero y quinto metatarsianos, pero en todos sus huesos se distribuye la fuerza.

Por el lado interno la forman el calcáneo, astrágalo, escafoides, cuña primera y primer metatarsiano (fig. 71); por el lado externo, el, calcáneo, cuboides y quinto metatarsiano (fig. 58); por arriba, la cara inferior de estos mismos huesos (parte sólo del astrágalo) y la de las segunda y tercera cuñas y segundo, tercero y cuarto metatarsianos.

El eje de la pierna no cae normalmente sobre el centro de esta bóveda, sino en un punto bastante más posterior. Esta disposición es utilísima para la marcha y el salto, porque estando el punto en que gira la bóveda en un plano más próximo al talón que á los dedos, el juego del pie se hace con entera libertad, llegando á veces á tal grado la extensión, que puede decirse que forma un todo continuo con la pierna, como sucede en las bailarinas, que sostienen todo el peso de su cuerpo con la sola punta del dedo gordo de uno de sus pies.

De los estudios experimentales que he practicado (1) deduzco que el calcáneo es el hueso más importante del pie, considerado estáticamente.

La prueba de ello está en su arquitectura interna, que he descrito por primera vez en la pág. 52 de la *Arquitectura del esqueleto* (2). Su

---

(1) Véase *Arquitectura del aparato de sustentación en los vertebrados* (figs. 35, 36 y 65), por el autor.

(2) Tengo que llamar sobre esto la atención y repetirlo, porque aun así se suele tomar á beneficio de inventario.

En España acostumbramos á mirar las cosas con un criterio bastante especial.

¿Lo dice fulano, por ejemplo, que es conocido y suena su nombre? Pues hay que tomarlo en consideración. Es una cosa grande.

¿Lo dice mengano, que no lo conoce nadie? Pues no puede ser cosa mayor.

Y es que no miran lo que dice, sino quién lo dice.

Es decir, que hasta en esto influye la recomendación.

Un hombre que suena lleva consigo la recomendación de su importancia, sea ó no justa; muchas veces lo es.

El hombre que no suena y va desprovisto de recomendaciones, nadie le hace caso.

Y, sin embargo, debe ser y será todo lo contrario.

Por ejemplo, se acerca cualquiera á un taller de zapatería.

tejido esponjoso está compuesto de tubos de gran resistencia, para grandes actuaciones de fuerza, que se dirigen del centro á la periferia, á la manera como los radios de las ruedas de los coches parten de un cubo central, y al girar siempre son normales á la mayor presión. En ningún otro hueso del pie he encontrado semejante disposición.

Las cápsulas, ligamentos fibrosos periarticulares, sostienen en posición las respectivas articulaciones, asegurando y completando este efecto la acción muscular. Los músculos que contribuyen principalmente á la formación de la bóveda son: el tibial anterior, el tibial posterior y el flexor propio del dedo gordo (figs. 71 y 68).

El achatamiento de la bóveda plantar se puede producir por varios motivos. Si un traumatismo modifica la disposición de las partes, puede hacerse un pie plano, que se llamará traumático.

La forma más típica de este pie es la consecutiva á la fractura del peroné por su tercio inferior, y la silueta que da, visto el enfermo por detrás, es la de la figura 66. Si el astrágalo se ha fracturado ó se ha dislocado, el pie será realmente plano valgus. Tal sucede con el pie de la figura 18, perteneciente á un portero de la calle de Valverde, núm. 16, que se cayó de un andamio, fracturándose el peroné y dislocándose el astrágalo; la silueta es la ya dicha figura 66.

El tratamiento de esta clase de pie es distinto del corriente, por la forma que hay que dar al aparato ortopédico.

Las retracciones cicatriciales consecutivas á quemaduras ó heridas que hayan producido pérdidas de sustancia, pueden ser causa de pie plano.

El reumatismo, el raquitismo y las parálisis flácidas pueden determinar pies planos, que se llamarán reumáticos, raquíticos ó paralíticos.

Para el clínico, estas formas tienen poca importancia por su rara presentación en la práctica. En cambio, sí debemos conocer con algún detenimiento el pie plano *estático*.

Considerada la bóveda plantar mecánicamente, hay que tener en cuenta la clase de materiales que la Naturaleza ha empleado para su sostenimiento y las ataduras ó medios de unión de las distintas piezas que han de mantenerse en su posición respectiva.

Si los materiales tienen menor resistencia que el peso que han de sustentar, como sucede en la osteomalacia, ó si esta resistencia es normal, mas el peso está aumentado, en ambos casos la bóveda se aplanará.

Tenemos aquí una variedad de pies planos, que yo llamaré *pies planos estáticos de presión*, siguiendo las ideas expuestas en mi trabajo sobre la *Arquitectura del esqueleto*.

De modo que la bóveda plantar se aplana, ó por un defecto en los materiales de construcción, ó por un exceso de carga. Este exceso ha de entenderse de dos maneras: ó se aumenta repentinamente el peso del cuerpo, como sucede al que de pronto carga un fardo sobre los hombros, ó, sin aumentar el peso del cuerpo, la acción continua de este mismo peso en la estación vertical determina, por la prolongación de las actuaciones

---

—¿Usted, qué es?—le pregunta el dueño.
—Oficial de zapatero—contesta el que se acerca.
—Y usted, ¿qué desea?
—¿Yo? Trabajar.
—Está bien; tenga estas hormas y hágame un par de zapatos.
Al día siguiente llega el oficial con los zapatos hechos.
¿Están bien hechos? Es un buen oficial. El dueño le da trabajo.
¿Están mal hechos? El dueño, aunque lleve una recomendación del Nuncio, le pone en la calle.

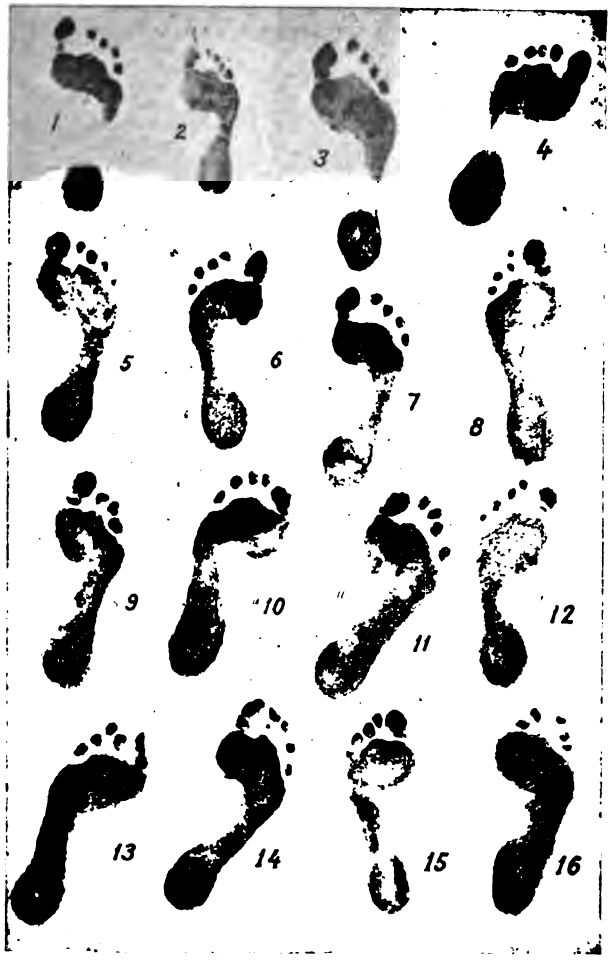
Por eso los catalanes se han cansado de que les mire el resto de España con injusticia.

Como los ingleses, miran á los alemanes en la competencia del comercio: con injusticia. Porque los catalanes y los alemanes hacen bueno y hacen malo. Lo barato no puede ser siempre bueno; pero el que paga obtiene lo bueno que desea.

En esta situación, sin criterio propio, tiene que venir de fuera quien nos diga lo que vale y lo que no vale.

de fuerza, el mismo fenómeno. Así en los cargadores, mozos de cuerda, etcétera, vemos los pies planos producidos por el primer mecanismo; y en los tenderos de ultramarinos, dependientes de comercio, planchadoras, criadas, etc., los vemos producidos por el segundo.

El pie puede hacerse también plano por relajación, menor tensión, ac-



tuación ó resistencia de los diferentes medios que unen y sostienen las distintas piezas óseas entre sí.

Esta variedad de pie plano la denomino *pie plano estático de tracción.* En ella incluyo todas las formas producidas por debilidad general de los tejidos, pérdida del tono ordinario de los mismos, y principalmente las pérdidas en el tono y contractilidad muscular.

Estas variedades de pie estático, como todas las deformaciones de este origen, pueden determinarse exacta y matemáticamente conociendo los términos necesarios para la resolución del problema. Quiere decir que nos encontramos en el mismo caso de un ingeniero que va á construir un

puente. Necesita calcular primero la resistencia de los materiales, y después el peso que ha de sustentar. Si se ha equivocado en el cálculo ó los materiales no son lo resistentes que él creía, ó si se carga con un peso superior al prefijado, el puente se derrumba, exactamente lo mismo que sucede con la bóveda plantar.

Los pies son la base de sustentación del esqueleto. Deben ser proporcionados al peso que han de sustentar y en relación á los diferentes movimientos que el individuo ejecuta. Por eso el calzado ideal es el que permite la ejecución más amplia de todos los movimientos. La sandalia, la alpargata, y la bota flexible y bien hecha, que signifique un guante del pie, son los mejores calzados.

Como esto generalmente no se tiene en cuenta, y el zapatero ha de dar gusto al parroquiano, si éste se empeña, por caprichos de la moda, en llevar el calzado estrecho y afilado, sus pies se deformarán haciéndose estrechos y largos, y sus dedos se acabalgarán para acomodarse á un espacio reducido. Compárense las figuras 20 y 22, impresiones de pies de enfermos que han vivido en el campo y llevado siempre alpargatas, con las figuras 9, 13, 16, etc., pertenecientes á otros individuos que han usado calzado mal hecho, y se verá la diferencia que hay en la impresión de sus dedos y en la forma general del pie.

El estudio presente del pie plano está basado en más de ciento veinte enfermos, cuya historia é impresiones plantares tengo cuidadosamente anotada, y en algunos especiales la silueta de conjunto.

En las impresiones plantares que aquí reproduzco, he ido entresacando únicamente aquellas que más pueden convenirme para el estudio diferencial del pie considerado en la forma general exterior.

Desde luego llama la atención la diferencia tan enorme de impresiones plantares. Desde las figuras 1.ª, 2.ª, 3.ª, que pertenecen á individuos sanos sin ninguna deformación, hasta la 57, hay una serie grande de impresiones, que en conjunto se puede dividir en tres grandes grupos.

1.° Impresiones correspondientes á pies que pudiéramos llamar cortos, en los cuales el diámetro ántero-posterior es dos veces y un tercio más largo aproximadamente que el transversal (figs. 4 hasta la 16).

2.° Pies medios ó proporcionados, en los cuales el diámetro ántero-posterior es dos veces y media más largo que el transversal (figs. 18 á la 24, 26, 27, 37 y 38).

3.° Pies largos, en que el diámetro ántero-posterior es tres veces mayor, por lo menos, que el transversal, sobrepasando en algunos esta cifra y llegando á cerca de cuatro (figs. 17, 25, 28, 30, hasta la 35, etc.).

No incluyo en esta clasificación los pies completamente planos, porque en éstos el pie siempre se hace más largo que lo que fisiológicamente era (figs. 50 á la 57).

Es decir, que así como los cráneos se dividen en braquicéfalos, dolicocéfalos y cráneos medios proporcionados, en los pies, buscando una etimología griega ó latina, podíamos formar las palabras que correspondieran á pies cortos, largos y medianos.

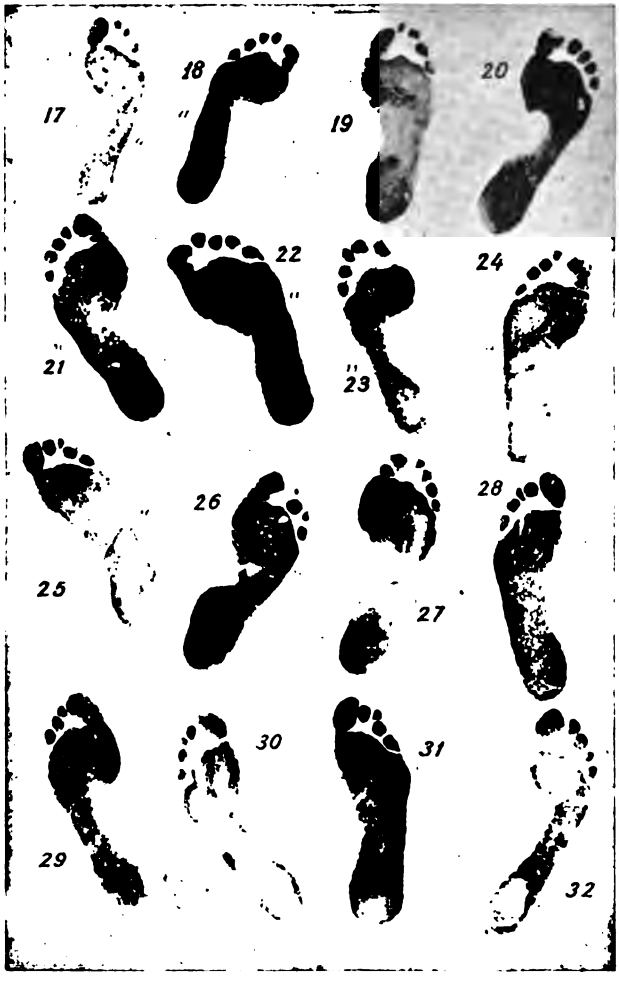
La forma sucesiva del pie en las diferentes figuras representa el género de calzado que ha llevado el individuo á quien pertenece el pie, y el uso que ha hecho de sus extremidades inferiores. A esto hay que añadir la herencia, ó sea las condiciones de raza transmitidas hereditariamente. En la herencia se transmite la forma general, la forma de conjunto, que después se modifica por el ejercicio y el uso de calzado bien ó mal hecho.

El pie ancho, de buena base, que supone un equilibrio bien establecido en la bipedestación, es propio de los trabajadores y gentes que han ejercitado sus miembros sin estar sometidos á presiones exageradas.

El pie largo y estrecho, menos apto para guardar el equilibrio, es propio de las gentes que viven sometidas á la moda.

Cuando por cualquier causa se produce un descenso del maléolo interno y ascenso del externo, como en la fractura del peroné, por ejemplo

ó cuando el pie se vuelca ó rueda hacia dentro por paresia de los tibiales y del flexor del dedo gordo y sobretono de los peroneos, no siendo normal la presión á la polea del astrágalo, y conservándose íntegra la bóveda plantar, que puede inclinarse más ó menos, hasta en algunos casos tocar su borde interno en el suelo, entonces se origina el *pie valgus*.



Puede también volcarse el pie hacia dentro y achatarse la bóveda plantar al mismo tiempo, en cuyo caso tendremos el pie plano-valgus.

Los autores ingleses, alemanes y franceses tratan el pie plano y el pie valgus considerándolos como una misma cosa. El estudio de los casos me ha convencido de esta diferencia que he apuntado, que para mí tiene tanta importancia, que el tratamiento varía según se refiera á un pie valgus solamente, ó á un plano.

Por último, hay otra variedad de pies deformes, en los cuales la bóveda plantar apenas si ha rodado ó inclinado, consistiendo toda la deforma-

ción en el achatamiento de la bóveda plantar. Estos podíamos considerarlos como pies simplemente planos.

Resulta de esto que, dada la disposición de la bóveda plantar, según se incline, según ruede, según gire, según se chafe, así resultarán diferentes variedades de pies deformes, que se pueden dividir en pies valgus, valgus-planos y planos.

Conviene ahora decir que la bóveda plantar no la considero yo, como ordinariamente ocurre, como una bóveda de tres pilares, uno posterior en el talón, que se bifurca corriendo los bordes del pie, para formar los dos pilares ó apoyos anteriores al nivel de las cabezas del primero y quinto metatarsiano. El pie no apoya sólo en estos puntos, aun cuando éstos sean los fundamentales, sino por la parte anterior, en una línea ancha, oblicua de adelante atrás y de dentro á fuera, siendo por consiguiente más anterior la parte interna que la externa, cuya línea corresponde á las cabezas de los metatarsianos.

Por la parte anterior apoya también ligeramente en las yemas de los dedos, los cuales en la actualidad son restos de defensas naturales de otras edades; por eso, aun cuando desaparece alguno, siempre que no falte el metatarsiano correspondiente, influye poco ó nada en la estática del pie.

Las figuras 4 hasta la 17 inclusive, reproducen impresiones de pies completamente valgus, alguno ligeramente plano, y la silueta que dan esta clase de enfermos es la que reproduzco en la figura 70, en la que, como se ve, la bóveda está volcada hacia dentro y las presiones descentradas.

Las figuras 18 hasta la 35 inclusive, son impresiones de pies valgus y planos á la vez, cuyo tipo de silueta es el que reproduzco en la figura 69.

Las impresiones comprendidas entre las figuras 36 á la 57 pertenecen á pies completamente planos, algunos en su grado máximo, como las 54 y 57.

En cuanto á la disposición de los dedos, dadas las presiones diferentes que ha sufrido cada pie, conviene examinar figura por figura, y ver la extraordinaria variedad en su posición.

La edad en que más se presenta esta deformación es de los quince á veinte años, disminuyendo considerablemente antes y después.

De cada cien enfermos suele presentarse en 50 en ambos pies, y en los otros 50 indistintamente en el derecho ó el izquierdo.

ESCOLIOSIS Y PIE PLANO

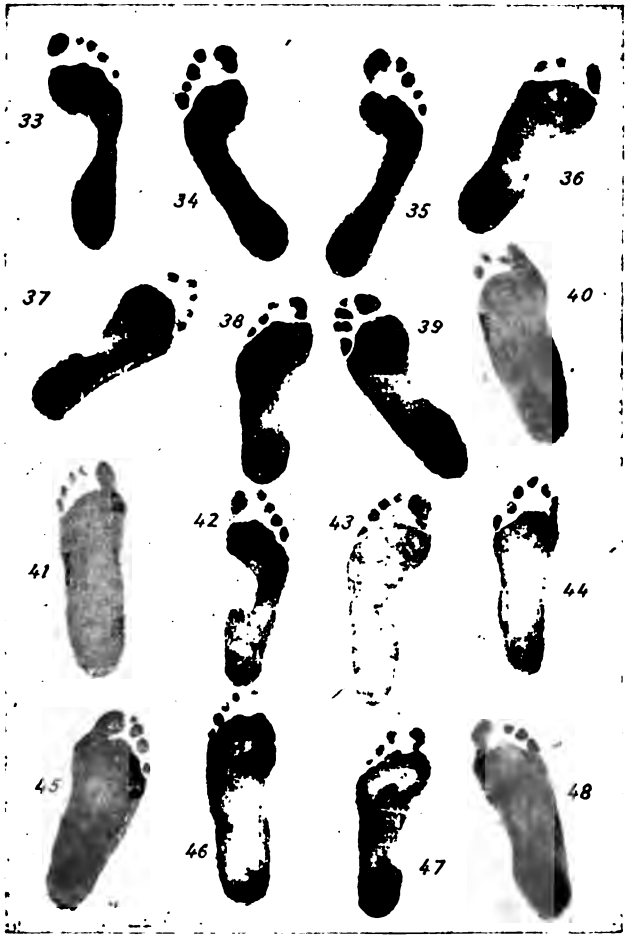
He venido observando que la mitad de los enfermos escoliósicos que he tratado tenían la bóveda plantar chafada, y la otra mitad, dejándolos un largo rato en posición vertical con los pies desnudos sobre un plano de madera nivelado, á los diez ó quince minutos se veía en gran parte de ellos rebajarse la bóveda. La causa de esto, para mí, es que la deformación pie plano obedece á las mismas leyes que la escoliosis. Es decir, á la menor resistencia y elasticidad de todos los tejidos, especialmente á la pérdida del tono muscular.

TRATAMIENTO

Cuando á mi consulta acude algún enfermo que se queja de los pies, empiezo por rogarle que descubra las extremidades inferiores, y le coloco sobre un plano de madera horizontal, dejándole en esta posición algunos minutos. Si el pie plano es muy acentuado, no hace falta más que verlo para diagnosticarlo; mas si está en sus comienzos, ó es ligeramente plano, y este aplanamiento dependiente de la poca elasticidad de los tejidos y menor tono y contractilidad muscular, entonces se verá que poco á poco, el pie que parecia normal ó con la bóveda muy ligeramente aplanada, em-

pieza á modificar su posición, tocando á veces todo el borde interno en el suelo. En estas condiciones, es necesario saber los puntos de mayor presión, para lo cual me valgo de la manera siguiente:

He mandado construir un bastidor de madera, estrecho y largo, 25 × 58 centímetros, que levanta del suelo unos seis centímetros, al cual se adapta



un cristal grueso, mejor, un trozo de un buen espejo. Sobre una tabla plana, con un rodillo pequeño de los que usan los litógrafos, extiendo tinta litográfica de la más fina que he encontrado. Una vez bien extendida la tinta formando una capa uniforme sobre la tabla, hago que el enfermo, puesto de pie, deje caer normalmente su pie enfermo sobre la tabla manchada. Así le tengo pisando con alguna fuerza sobre esta tabla medio minuto, al cabo del cual el enfermo levanta el pie y lo pone sobre un periódico extendido en el suelo y luego sobre un papel blanco (mejor *couché*) que hay encima del espejo. Al medio minuto levanta el pie, y como el papel ha quedado adherido á su planta, no hay más que desprenderlo

tirando suavemente por el extremo anterior ó el posterior. Entonces vemos la impresión en el papel con una precisión y unos detalles admirables: percíbense los menores surcos y arrugas de la piel, y, como es natural, los puntos de mayor y menor presión. Terminada esta operación, se lava el pie con aceite esencial de trementina, con lo cual queda completamente limpio, siendo todo esto inofensivo.

De este modo he obtenido, entre otras, las impresiones que hoy presento, las cuales, por circunstancias especiales, no dan cabal idea de la limpieza y precisión de las láminas originales.

Para entendernos mejor, admitiremos tres grados de deformación en el pie plano:

Primero. Cuando el enfermo conserva la bóveda plantar y sólo se aplana al permanecer más ó menos tiempo de pie.

Segundo. Cuando la bóveda está ya aplanada, esté ó no el enfermo de pie.

Y tercero. Cuando ya no sólo hay aplanamiento de la bóveda, sino verdadero hundimiento, y los huesos están rodados y deformados, haciendo convexidad en la planta del pie.

El grado primero exige un tratamiento de masaje y faradización muscular, especialmente del tibial posterior y del flexor del dedo gordo. Después, ejercicios reglados que desarrollan estos músculos, y consisten:

1.° Puesto el enfermo de pie, erguido, la cabeza alta, las manos en la cintura, los pies juntos por la parte anterior, de modo que se toquen por el borde interno del dedo gordo, se le hace que levante y baje los talones á la mayor altura que le sea posible, hasta ponerse casi sobre las extremidades de los dedos.

2.° El enfermo levanta los talones y los gira hacia fuera describiendo un cuarto de círculo; después los junta y baja, volviendo á repetir muchas veces este movimiento.

3.° Colocado el paciente en esta posición, rodados los dedos gordos hacia dentro y los talones hacia fuera, á la voz del profesor ó amasador ejecuta alternativamente los siguientes movimientos: primero, levantar el talón; segundo, doblar la rodilla; tercero, extender la rodilla; y cuarto, bajar el talón.

4.° Sentado el enfermo en una silla especial, en la que descansa la espalda, y las piernas extendidas, quedan fuera del asiento únicamente los pies, y el enfermo debe aprender á ejecutar movimientos circulares con el pie, rodándole hacia dentro todo lo que pueda.

5.° El amasador ejecuta diferentes movimientos pasivos de rotación en el pie y otros de resistencia.

6.° Por último, conviene hacer andar al enfermo con el borde externo de los pies.

Para este ejercicio, que es difícil, he mandado construir un doble plano inclinado, de madera, por donde anda el enfermo, facilitando esto mucho el ejercicio.

El segundo grado de pie plano exige, además del tratamiento que llevo dicho, el uso de un calzado especial.

Para construir este calzado con la mayor perfección hoy posible, se debe comenzar por sacar un vaciado de escayola del pie enfermo. Este vaciado se lleva á un buen hormero, para que por él haga la horma. Sobre esta horma el zapatero construye un brodequín ó una bota abierta por delante ó cerrada y con buenos elásticos, á fin de poder sujetar la garganta del pie.

Si tenemos que hacer el calzado para un pie solamente valgus, el hormero debe hacer la horma más alta en la parte interna que en la externa, y después el zapatero, según el valgus sea más ó menos acentuado, así pondrá una cuña interna de corcho para que se extienda á toda la parte interna de la bota, desde el talón hasta los dedos. La forma de la planta debe ser la que indica la figura 65, que representa un corte frontal de la bota al nivel de los maléolos. Como el pie se inclinaría pronto hacia fuera

y deformaría el calzado, la bota lleva en la suela del talón una placa de acero, que se dobla en el borde externo del pie y sube por detrás del maléolo externo, como indican las figuras 64 y 65. Este tope mantiene el pie en posición y es de gran utilidad.

Cuando el pie ya no es valgus sólo, sino plano ó plano-valgus, en este

segundo período en que la bóveda ya está chafada, conviene rehacer en lo posible esta bóveda. Para ello, además de la gimnasia, masaje y faradización, hay que hacer un calzado semejante al anterior, sólo que, en lugar de cuña interna, tiene en la bota una bóveda plantar de corcho.

Estas bóvedas plantares ó plantillas, que se adosan á la suela de la bota, se han hecho de varias formas y materias, tales como el corcho, goma, celuloide, madera, cuero, fieltro, etc. Las mejores son las de goma.

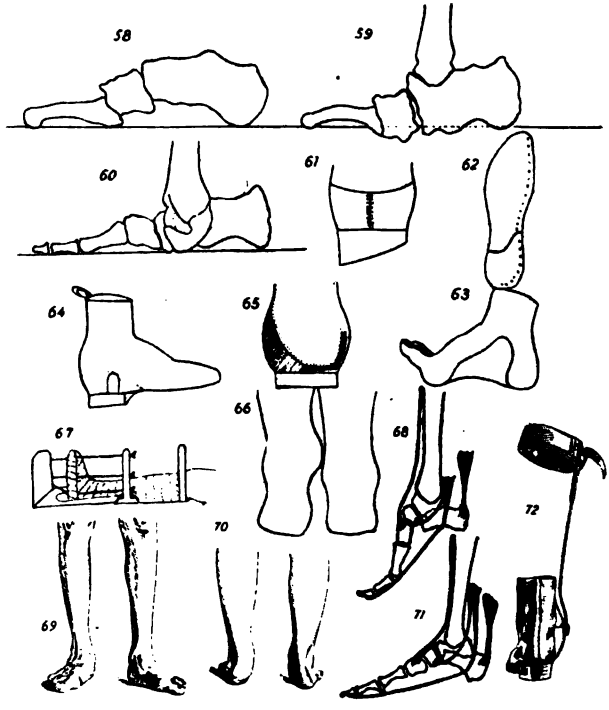
Otra forma de plantilla es la indicada en la figura 63: es modelo inglés y rebasa el pie por dentro y fuera, sujetándole y rehaciendo la bóveda. Suelen ser de metal, forradas de cuero fino.

La disposición que toman los huesos del tarso y metatarso en este segundo grado es la indicada en la figura 60.

El tercer grado de pie plano, representado por la figura esquemática 59 y las impresiones plantares 50, 52, 54 y 57, no se corrige por los procedimientos que llevo mencionados. Aquí las plantillas producen dolor vivo y acentúan el padecimiento.

Lo mejor es la intervención cruenta.

Como la disposición del tarso y metatarso varía, no es posible dar una regla general que se acomode á todos los casos, pero la idea quirúrgica es la misma siempre: sacar una cuña ósea del borde interno del pie para formar una bóveda plantar. La mayor ó menor habilidad del cirujano, y su criterio quirúrgico, será lo que decida de un buen ó mal resultado.



A la reconstrucción de la bóveda plantar debe seguir el acortamiento de tendones, sobre todo del tibial posterior y del flexor del dedo gordo.

Otras veces, anestesiado el enfermo, forzadamente se hace la reducción de la bóveda, y después, con un vendaje de escayola, se mantiene la reducción.

Para corregir el valgus, se emplea el aparato de la figura 67, que no necesita descripción; y una vez el pie corregido, se mantiene reducido por medio del aparato que representa la figura 72.

En los casos de valgus-plano ligeros, también se emplea un calzado corriente bien ajustado y que no haga presiones, dando á la suela de la planta y al tacón una forma sesgada, de modo que el lado interno sea más alto que el externo, como indican las figuras 61 y 62.

He observado que, así como la escoliosis se da con el pie plano, indicando un estado de debilidad general, de menor tonicidad en los tejidos ó de pérdida parcial en el tono de algunos grupos musculares, también se

presenta el pie plano en la convalecencia de algunas fiebres graves que dejan el organismo muy debilitado.

Tal sucede en las impresiones figuras 25 y 27, que pertenecen á enfermas convalecientes de fiebre tifoídea.

Estos pies han quedado curados por completo con el reposo y restablecimiento de las fuerzas de las enfermas, sin hacer cosa alguna de particular.

Otros pies planos he observado que coinciden con el cambio de ocupación del sujeto; por ejemplo, en los cobradores y conductores de tranvías, tenderos de ultramarinos, comerciantes, criadas y planchadoras.

Creo necesario el examen de los pies en los soldados, y eliminar ó corregir los enfermos de pie plano, para que no se dé el triste caso de tener que suspender el soldado la marcha ó quedarse en el camino en tiempo de guerra, porque, como dice ordinariamente el vulgo, se *aspean*. En estas condiciones, al andar mucho tiempo seguido sienten vivos dolores, se fatigan, se demacran, y como no hay nada aparentemente en el pie para el que no esté acostumbrado á ver estas deformaciones, estos desgraciados pasan por *calandrias*, cuando realmente lo que están pasando es la *pena negra*.

También recuerdo que, en algún hospital de Alemania, las enfermeras, mujeres que no estaban acostumbradas á estar mucho tiempo de pie, sentían algunas, al principio de su nuevo oficio, grandes molestias al andar. Esto dependía de que se hacían enfermas de pie plano, y obligó á reconocer á todas las que entraran á prestar estos servicios y á eliminar á las que tenían la bóveda plantar achatada, ó que su debilidad les predisponía á esta deformación.

Desde entonces se ha notado que las bien formadas y robustas, si enferman de pie plano, basta tenerlas quince ó veinte días en reposo para que la deformación desaparezca.

También creo de importancia y trascendencia social reconocer los pies á los niños en las escuelas, y llamo la atención, lo mismo que en lo que se refiere á los soldados, á quien corresponda, aun cuando mis excitaciones por ahora sean baldías; porque tengo la evidencia que se evitarían muchos sinsabores impidiendo que los adolescentes de pie plano se dedicaran á oficios que más tarde han de abandonar por imposibilidad material en su desempeño. La tercera parte de las impresiones plantares que reproduzco pertenecen á dependientes de comercio, criadas, planchadoras y cobradores de tranvías; es decir, enfermos en los cuales se podía muy bien haber evitado su pie plano con sólo haberles cambiado de oficio.

En cuanto á las criadas y planchadoras que padecen pie plano, siéndoles penoso su oficio, suelen buscar alguna otra manera más cómoda de ganarse la vida, dando esto algún contingente á la prostitución.

Véase, pues, la importancia que tiene el conocimiento de esta deformación.—(De *El Siglo Médico*.)

En defensa de la ciencia española, por D. VICENTE PESET.—No por mí, que estoy ya muy acostumbrado á recoger desdenes é ingratitudes en pago de trabajos que verifico con los posibles primores y esfuerzos, aunque sean *amore Dei*; sino para no empañar el grato recuerdo del buen amigo difunto, y como otro ejemplo del triste papel que suelen hacer los peritos ante los Tribunales, á pesar de recientes disposiciones que tienden á evitarlo, creíme obligado á dirigir el siguiente remitido á los dos periódicos vespertinos, con motivo de la causa de «La mujer degollada», que tanto y tan justamente despertó la atención pública. Al reproducirlo ahora, doy las gracias más expresivas á los señores Directores de *La Correspondencia de España* y de *El Correo*, por las atenciones que han tenido conmigo.

«*Sr. Director de...*

»Muy señor mío y distinguido amigo: Siquiera por la buena memoria de mi malogrado compañero el Dr. Greus, necesito aclarar alguno de los conceptos emitidos por la prensa local.

»No es de creer que la acusación haya dicho, como aparece en *La Correspondencia de Valencia* del día 15, que á los peritos químicos «no les ha sido posible precisar si las manchas de la ropa eran de sangre, por carecer de elementos propios para realizar el análisis, lamentando que en España esté tan retrasada la ciencia para poner en claro un delito tan importante como éste», y añadiendo, según *El Correo* de aquella noche, que los Sres. Greus y Peset «no vieron las manchas, cuando las tenían tan cerca, *tan rojas*, casi aún calientes». La premura con que se recogen las notas para esta clase de informaciones explica tal vez los anteriores conceptos, tan depresivos para peritos que envejecieron resolviendo á conciencia estos arduos problemas.

»El informe emitido en 25 de Marzo de 1902 contestaba exactamente las preguntas hechas por el señor juez: 1.ª, si el cabello encontrado en el calcetín del Velasco coincidía con los de la infortunada Balaguer, contestándose afirmativamente; 2.ª, si el lodo recogido junto al cadáver era análogo al del calcetín del presunto reo, mereciendo otra afirmación categórica; y 3.ª, si en la blusa había manchas de sangre LAVADAS, *no rojas ni casi calientes*, como parece que alguien ha soñado, diciéndose tras de los múltiples y repetidos trabajos, hechos con verdadero lujo de medios y de reactivos, *muchos más de los indispensables*, que no existían tales manchas lavadas, por lo cual manifestaron los peritos «que la blusa sometida al análisis no debió ser testigo del crimen».

»Quienes deseen más detalles podrán lograrlos próximamente, cuando publique la prensa médica valenciana el informe de referencia, que casi constituye una rareza de precisión en asuntos tan difíciles, por la *fortuna científica* con que se realizó, y que sin duda los más encopetados doctores del orbe no desdeñarían suscribirlo, como hizo ya el Laboratorio judicial de Madrid luego de repetir los experimentos con las mismas ropas.

»Agradeceré á Ud. la publicación de estas líneas, y me repito suyo afectísimo amigo y servidor, q. s. m. b., *V. Peset*.—Valencia, 17 Abril 1904».

Cumpliendo ahora la promesa anterior, y en corroboración de lo dicho, con la benevolencia de mi antiguo é ilustre condiscípulo el Dr. Barberá, transcribo el aludido

INFORME

«D. Domingo Greus, Doctor en Farmacia, y D. Vicente Peset, Doctor en Ciencias,... dijeron: Que por oficio del M. I. Sr. Juez de Instrucción del distrito de Serranos, de esta ciudad, fecha 18 del actual, fueron designados como peritos químicos para dictaminar en el sumario que sobre violación, asesinato y robo de Teresa Balaguer se incoa en la Escribanía del Sr. Pamblanco contra el detenido José Velasco, recibiendo para ello en el laboratorio las piezas de convicción en la tarde del día 20, y empezando al punto los necesarios y minuciosos trabajos analíticos, que prosiguieron sin levantar mano hasta darlos por terminados en esta fecha. Por cierto, que á las muchas dificultades del espinoso encargo se agregaron otras, nacidas de la natural ansiedad pública ante el horrendo crimen, y hasta de la conveniencia de dictaminar en un plazo perentorio para no detener la acción de la justicia, costándoles un gran esfuerzo de la voluntad el abstraerse en absoluto de las sugestiones de todo género y amontonar en tan breve lapso de tiempo, sin omitir detalle alguno, las múltiples experimentaciones con sus repetidas compruebas para deducir despreocupa-

dos, recta y serenamente, las conclusiones más exactas, cualquiera sea su alcance.

Consistían dichas piezas de convicción, sobre las cuales ha de versar este dictamen, en cabellos, barros, cierta blusa manchada y una cuchilla de zapatero.

Los cabellos estaban contenidos en tres paquetes, cuyos dos más abultados, y hechos con papel de periódicos, llevaban inscripciones: uno decía «Frente» y el otro «Nuca», y contenían los mechones cortados á la Teresa Balaguer para la comparación. El tercero era un pequeño paquete de papel blanco sin cola y anudado con hilo de igual color, leyéndose en la primera envoltura: «Pelo encontrado en el calcetín de José Velasco».

A simple vista pudo apreciarse, naturalmente, que el abundante cabello de la infortunada Balaguer era de matiz castaño, brillante, más rojizo en algunos puntos por teñirlo aún algo de sangre, de grosores distintos y de color tanto más claro cuanto más fina la hebra. El pelo único ó sospechoso tenía unos 9 centímetros de longitud y color parecido al de los más finos de la interfecta. Llevados al microscopio tres cabellos de ésta de diverso grosor junto con un pequeño fragmento del otro, señalando bien sus sitios respectivos para evitar confusiones, y sujetos los cuatro por una gota de glicerina, vióse, con aumentos de 600 diámetros y mayores, que todos pueden ser de una misma persona. En efecto, ofrecen una sección circular, colores caoba, cuyo más claro era el del cabello núm. 1, ó sea el más fino de la Balaguer, y el más oscuro el núm. 2, ó más grueso de la misma; en suma, los grosores relativos de menos á más eran en primer término el colocado en cuarto lugar, ó sea el pelo recogido del calcetín, y luego 1, 3 y 2 de la Teresa. Ninguno de los cabellos ofrecía ramificaciones; sus líneas y puntos oscuros eran idénticos; todos llevaban escasas impurezas adheridas, y el sospechoso aparecía como arrancado por el extremo correspondiente al bulbo. No era posible practicar el análisis químico comparativo sobre las proporciones de hierro, etc., por la mencionada mezquindad del cabello único ó encontrado en el calcetín.

Otros dos paquetes contenían igual número de calcetines manchados de barro ya seco, uno con la inscripción en tinta «Calcetín manchado de barro, recogido en casa del detenido José Velasco», y otro con la de lápiz «Calcetín ocupado á José Velasco y manchado de barro de la acequia donde ocurrió la muerte de Teresa Balaguer», siendo el primero de algodón grueso y color violeta claro, y el segundo de blanco elástico y el resto negro.

Desprendidas por separado dos porciones de tales barros, se encontraron por los peritos completamente idénticos, á la simple vista y tras de los ensayos: tierras de igual color claro ó apenas ocráceas, que se oscurecían mucho por el contacto del agua, con algunas pajillas y restos orgánicos, más abundantes en el calcetín que figura en primer término, cuyas pajas eran también más largas; ambos barros dieron reacción algo alcalina, mucha efervescencia por el ácido clorhídrico, siendo de señalar que en la parte de las tierras insolubles en este ácido, arena silícea casi pura, se apreciaban menudas laminillas ó puntos brillantes de aspecto micáceo ó piritoso, todo lo cual autoriza para conceder á los barros una gran similitud.

Sin embargo, para completar estas analogías se procedió á la práctica de varias determinaciones cuantitativas ó puntos de mira suficientes, obteniendo ciertas diferencias, que pudieran explicarse por la marcha del sujeto con pies húmedos y consiguiente mezcla de otras tierras y pajas, pues ya se ha dicho que ambos barros coinciden en el fondo por su naturaleza química. Sábese, además, que de estas manchas secas se desprende primero la arena, en tanto que el agua arrastra antes la arcilla. En dos análisis muy concordantes de este género se han obtenido las cifras que siguen:

	Barro de Velasco.	Barro de la acequia.
Parte insoluble en el ácido (arena, etcétera).....	46,7823	50,6963
Carbonato de cal.....	34,6534	34,2618
Oxido férrico.....	4,0603	7,1782
Humedad, materias orgánicas, etc.	14,5040	7,8637
	100,0000	100,0000

Constituía la tercer pieza de convicción confiada al peritaje una blusa teñida de azul oscuro ó añil y bastante nueva, poco tiempo antes lavada al parecer, casi limpia, pero con varias huellas tenuísimas de manchas muy pequeñas, algunas de polvo, otras amarillentas y con relieve de suciedades comunes, como de yema ó gallinaza; otras ocráceas, cual de ladrillo ó de tierra—lo que hace probable que se vistiese la blusa luego de su postrer lavado,—y otras, las más insignificantes por su número y menos visibles, esparcidas especialmente por el lado derecho, que fueron las sometidas de preferencia á los ensayos más escrupulosos, por si acaso ofrecían destellos de sangre; destellos nada más, porque debieron lavarse con verdadero coraje á ser de sangre, pues en su mayor parte no penetraban hasta la superficie interior de la ropa, y todas permitían contar al trasluz los finos huecos de la urdimbre. Tan insignificantes manchas hicieron pensar desde luego á los peritos, dado el horrible cuadro de la hemorragia por los grandes vasos del cuello, que no debió ser esta blusa la que llevara el asesino en los momentos del crimen, porque son pocos los días transcurridos, y por mucho y bien que se hubiese lavado, deberían quedar más grandes y sensibles señales de la penetrante sangre.

Como quiera que sea, los infrascritos han tenido en cuenta que para resolver el problema propuesto deben investigarse esos caracteres que dan probabilidad, pero muy especialmente aquellos otros que conducen á la certeza; aunque en este caso, por tratarse de manchas lavadas sin duda con la mayor perfección, han de ser forzosa y desgraciadamente sólo probabilidades las que se obtengan.

Entre los caracteres que sólo indican la probable existencia de las manchas de sangre, se ciñen á mencionar los siguientes de indecisa resultancia. El aspecto de algunas, pues aunque no eran lustrosas ó brillantes á ciertas luces oblicuas, ni opacas, aparecían muy borrosas cual las manchas lavadas, apenas más oscuras que el oscuro azul de la blusa, con cierto viso rojizo en lontananza, no penetrantes, como se ha dicho, y ni siquiera aumentaban la consistencia del lienzo. Desde luego no eran de grasa, porque tratada por éter la que más lo parecía, mancha de la parte anterior de la blusa, á unos 24 centímetros del canesú y á 8 centímetros hacia fuera, de centímetro y medio de diámetro, circular y rojiza, y evaporando el disolvente, nada dejó de grasa; más bien ofrecía el aspecto de las manchas de vino por sus variantes en contacto de ácido y álcali, como otras de la blusa.

Inútil es advertir, por tratarse de manchas que si fueron de sangre se producirían por leves ó superficiales contactos y que, lo repiten, habrán sido enérgicamente lavadas, que no sueltan estrías por el agua pura, ni color siquiera, ni por la ebullición se enturbiaba luego el líquido señalando el menor vestigio de albúmina ordinaria, ni los álcalis acusaban por tanto el conocido dicroísmo; no otorgando mejor éxito por el color del lienzo otras conocidas reacciones de las materias albuminoídeas más comunes, como la de van Deen (trementina aireada y guayaco), la de Millon (nitrato de mercurio), la de Adamkiewics (ácidos acético y sulfúrico), la de Axenfeld (ácido fórmico y cloruro de oro), más alguna otra; la albúmina, como la hemoglobina, debieron ser arrastradas por los lavados, y sólo había que pensar en las sutiles huellas de fibrina retenidas acaso por la ca-

pilaridad de las fibras textiles, ó quizás también en los indicios de hematina subsistentes.

Por eso las tres únicas reacciones químicas de probabilidad que pudieron encontrarse son como siguen. La mancha situada á 4,5 centímetros de la costura de la bocamanga y sobre la otra longitudinal del borde, cuyo diámetro no llegaba á ser de un centímetro y apenas se veía por la superficie interior del tejido, fué raspada en presencia del agua; al microscopio, fuera de algunas fibras y masas irregulares de polvillos, de varios micrococos, se apreciaron pequeños fragmentos glutinosos, amorfos, que hinchaban lentamente por el ácido acético, disolviéndose al fin, y que bien pudieran ser de fibrina, seguramente de una sustancia albuminoídea.

Confirmó la presencia de una materia albuminoídea otra mancha del delantero derecho y en la bisectriz del ángulo, á cosa de 21 centímetros del vértice de éste y á 15 centímetros de cada uno de sus lados, de poco más de un centímetro de diámetro, algo penetrante, de la cual se cortó una mitad (dejando la otra para nuevos peritos); cuya tirilla de 1,5 centímetros de longitud se sujetó con un hilo dentro del centímetro cúbico de agua que contenía un tubo de ensayos; y luego de ver que ni en frío ni en caliente soltaba las estrías rojizas de toda mancha sanguínea fresca ó poco lavada, según se dijo antes, pudo apreciarse que, hervido el líquido con una gota de sulfato de cobre y otra de álcali, tomaba ligero tinte rosáceo: reacción de Piotrowski (biuret ó amida alofánica). Conviene advertir que en la mancha no había glucosa, difícilmente confundible por otra parte, aun tratándose de proporciones tan mezquinas.

La tercera reacción digna de aprecio tuvo por objeto averiguar la existencia del hierro, que jamás falta en las manchas de sangre, aun luego de lavadas. Para ello se eligió la mancha, algo más pequeña que una moneda de cinco céntimos, situada á 12 centímetros de la línea del hombro, lado derecho; tratándola con una gota de agua regia débil, dió el líquido así obtenido un color azul intenso con el ferrocianuro, carácter del hierro. Por si acaso el tejido todo de la blusa contenía dicho metal induciendo á error, repitióse la misma reacción sobre la tela del centro posterior del canesú ó espalda, limpia de toda mancha, obteniéndose apenas indicios tenues del mencionado azul. Para mayor seguridad aún, por si la blusa había sido teñida por el azul de Prusia (ferrocianuro fénico), se trató el centro del faldón trasero, á unos 6 centímetros del borde inferior, con ácido oxálico hirviendo, que nada disolvió de la materia tintórea, salvo los tenues indicios de hierro antedichos; y en cambio, el mismo sitio se destiñó rápido ante el líquido de Labarraque, que sólo muy lenta é incompletamente desteñía un azul de Prusia preparado en aquellos momentos. Era indudable la existencia de hierro en la mancha.

Ninguno de los caracteres que conceden certeza para asegurar que las manchas son de sangre han podido apreciarse, desgraciada ó afortunadamente, en el caso actual. Son tres: en primer término, la demostración del glóbulo rojo ó hematíe al microscopio, que se intentó en la citada mancha de la costura longitudinal de la manga y en otras, con los reactivos conservadores *ad hoc*, pero sin éxito, es decir, en todo caso aparecían granulaciones amorfas y rojizas que se hubieran creído de hematina (producto de alteración de la sangre), á ser más dóciles ante los ácidos acético y sulfúrico y otros agentes.

Reacción característica hubiera sido también, de obtenerse algún indicio, el examen espectroscópico de las manchas; no para reconocer la hemoglobina de la sangre inalterada, sino para apreciar los característicos espectros de absorción de su despojo, la hematina, tanto en solución alcalina como ácida. Para ello se cortó como una mitad de otra mancha irregular del codo derecho, algo penetrante y rojo-sucia; hirvióse con sosa muy débil, que tornó al líquido amarillento (el agua destilada no tomaba color, en frío ni en caliente), é introducido éste en un tubito estrecho de vidrio, se llevó al espectroscopio, no viéndose la menor señal de

hematina. Y otras manchas menudas de la manga derecha, á unos 12 centímetros de la costura del puño, tratadas por el ácido acético frío y caliente, tampoco ofrecieron el espectro de absorción propio de la hematina ácida. No es extraño, porque el espectroscopio resulta mucho menos sensible para lo orgánico que para lo mineral, y nunca se disponía de suficiente materia.

Finalmente, intentóse repetidas veces la tercera reacción que da certidumbre en esta clase de problemas, ó sea la formación de los microscópicos cristales de hemina (clorhidrato de hematina), que produce siempre la sangre fresca y alguna vez la mancha mal lavada que contenga vestigios de hemoglobina ó siquiera del citado producto de su descomposición, que llaman hematina. Sirvieron para estas delicadas investigaciones las manchas que se citaron de la bisectriz de un ángulo, la del codo y otras, cuyas disoluciones sódicas por el calor se evaporaron sobre el portaobjetos con gotas de cloruro sódico al 1 por 100, y luego de secas con otras de ácido acético; no encontrándose en ningún caso los cristales morenos clinorrómbicos característicos, ni hacia los bordes del cubreobjetos, sitio donde suelen reunirse por pocos que haya.

Era la cuarta pieza de convicción entregada á los peritos, según se ha dicho, una cuchilla de zapatero muy limpia, de dudoso filo, con solas dos ó tres pequeñas manchas ocráceas en una de las caras del mango; cuchilla que, á su juicio, parece increíble que haya podido causar tan cruento estrago, y cuyas mezquinas manchas nada características de sangre respetan intactas, como varias otras de la blusa, porque consta que han de remitirse todas las mencionadas piezas al Laboratorio judicial de Madrid.

Por tanto, bien avalorados los hechos expuestos, que fueron exacta y serenamente recogidos, según se advirtió al principio, formulan con entero convencimiento las conclusiones desprendidas de su trabajo, á saber:

1.ª El cabello encontrado en un calcetín es análogo á los varios de la interfecta con que se comparó; pero á cualquiera ocurre el pensar que sus caracteres coinciden también con el de los cabellos castaños de muchas mujeres, especialmente de nuestra huerta.

2.ª Aunque los dos barros ofrecen una misma naturaleza química, máxime si se tiene en cuenta para explicar las diferencias cuantitativas que el del calcetín encontrado al Velasco pudo mezclarse con otros al pisar con pies húmedos los campos que separan la acequia de su vivienda, queda por averiguar si se diferencian mucho entre sí los diversos terrenos de aquella parte del término de Alboraya.

3.ª Por la insignificancia de las huellas, aun supuestas de sangre furiosamente lavada; por la presencia de manchas de vino, polvo y diversas impurezas, ninguna de grasa, que debieron resistir menos al baño, se inclinan los peritos á creer que la blusa sometida al análisis no fué testigo del crimen. Si han podido apreciarse en algunas ciertos signos de presunción, faltaron en absoluto los caracteres micrográficos y espectrales que dan certeza, como faltar suelen, en último término, en toda mancha sanguínea bien lavada; pues la materia albuminoídea y el hierro vistos pueden tener muy distintos orígenes.

Lamentando los peritos que de las piezas escudriñadas no puedan conseguirse otros argumentos más valiosos para la recta administración de justicia, tienen el honor de someter al Juzgado cuanto antecede, en descargo de su penoso cometido, que no realizaron pensando en el precepto de que ante las dudas vale siempre más consentir á un infame que perjudicar á un inocente, sino convencidos de la exactitud de cuanto hicieron, con arreglo á ciencia y á conciencia, sin forzar un ápice la verdad experimental, que ofrecen inmaculada; devolviendo al propio tiempo las piezas de convicción, luego de fijar en sus sitios respectivos los recortes de la blusa, con muestra de la parte insoluble de cada barro para facilitar á otros peritos su comparación.—Valencia, 25 de Marzo de 1902.—*Domingo Greus.—Vicente Peset.*

Agregaré que la reacción de Uhlenhuth, aplicable á las manchas lavadas, era desconocida en aquella fecha, y que la experiencia me enseñó que el lavado completo de las manchas de sangre requiere serenidad de espíritu, cierto tiempo, y en ocasiones, por la índole del tejido, hasta conocimientos químicos especiales.

Concluyo advirtiendo, en apoyo del supraescrito título, que no rayará á tan bajo nivel la ciencia española, contra lo que suele creerse, cuando el último de sus iniciados ha sabido contribuir á la exacta resolución de estos problemas dificultosísimos del peritaje químico-legal. (De la *Revista Valenciana de Ciencias Médicas.*)

Tratamiento de las enfermedades del corazón izquierdo. Los mitrales, por el Dr. Luis Agote, *Médico del Hospital Rawson, Profesor libre de Clínica Médica.*—Expuestas las consideraciones generales sobre el tratamiento de las enfermedades del aparato circulatorio en lo que ellas tienen de común, correspóndenos hoy dar un paso más adelante, entrando al estudio del de las diversas cardiopatías. Habiéndonos dado la clínica la distinta sintomatología en la evolución del proceso, según el punto de partida de la lesión, ya sea de los vasos ó de los varios segmentos del órgano central, lógicamente podremos deducir que también existen indicaciones terapéuticas correspondientes á las mismas. Ocupémonos hoy de tan interesante punto, dando principio por las lesiones de la válvula mitral.

En nuestros libros de medicina encuentran ustedes las diferencias sintomatológicas de las distintas lesiones mitrales entre sí, diferencias que, como ya he manifestado á ustedes en estas mismas lecciones, tienen gran valor respecto al pronóstico, á consecuencia de la distinta potencia de las cavidades situadas arriba del obstáculo; pero no lo tienen respecto al tratamiento que les corresponde, que será siempre el mismo, cualquiera que sea la lesión ó la causa que le haya dado origen.

Estas nociones resultan del examen exacto de los fenómenos que el proceso origina. Insuficiencia ó estrechez, siempre tendremos un obstáculo, el cual repercutirá sobre la circulación general, dando lugar á la «disminución de la cantidad de sangre y de la presión en los vasos situados abajo, tendencia á la estasis y aumento de presión en los vasos situados arriba» (Jaccoud). Para salvar las perturbaciones consecutivas á la estrechez entrarán en juego para combatirlas: primero la aurícula izquierda, y más tarde el ventrículo derecho, al través de la circulación pulmonar. En el de insuficiencia serán los mismos segmentos cavitarios, agregada la contribución del ventrículo izquierdo con ventaja para el enfermo, pero las condiciones generales del proceso, que acabamos de concretar en la frase del profesor Jaccoud, no varían en lo más mínimo. Siempre tendremos las mismas diferencias de presión y de débito sanguíneo en ambos segmentos circulatorios, fenómenos que fijan el tratamiento que deberemos establecer para salvarlos.

Para movilizar la enorme masa de sangre que se acumula arriba y derramarla en parte en los vasos arteriales, tendremos que aumentar la contractilidad ventricular; pero como ésta alcanza á un límite del cual no puede pasar, buscaremos disminuir la masa sanguínea cuando ésta llegue á un grado incompatible con la potencia cardíaca.

Recordemos rápidamente algunas nociones sobre las cardiopatías, que nos serán sumamente útiles para ordenar las múltiples indicaciones que corresponden á su tratamiento. Desde luego son lesiones que se observan con más frecuencia en la edad joven, y con especialidad en la mujer. Casi siempre es la consecuencia de procesos infecciosos de marcha rápida, aguda, contrariamente á lo observado con las localizaciones aórticas, las cuales se observan con más frecuencia en la edad adulta, y su origen obedece á procesos crónicos, con radicación primitiva en los vasos arteriales.

Lancereaux, á quien no escaparon, por cierto, estas diferencias primordiales entre ambas localizaciones, ha hecho de las enfermedades mitrales una forma especial de endocarditis, que llama «endocarditis esclerosa ó reumatismal», por ser el reumatismo articular agudo la causa más frecuente que la produce. Además de éste, existen otras entidades infecciosas capaces de originarla, cuyo número cada día es más extenso, debido á nuestros métodos de investigación más perfeccionados.

El análisis bacteriológico de la sangre, según acaba de enseñarlo el profesor Widal, ha permitido encontrar los bacilos generadores en numerosos casos de endocarditis considerados primitivos. Recuerdo haberle oído una interesante conferencia sobre este punto, presentando como ejemplo un caso de endocarditis por bacilos coli, á los cuales había encontrado en la sangre desde el segundo día que examinó la enferma. El punto de partida fué un aborto de tres meses. Sin duda alguna los bacilos provenientes del tubo digestivo, por las relaciones estrechas de vecindad entre su orificio terminal y los órganos genitales femeninos, penetraron al torrente circulatorio al través de la mucosa uterina, lesionada por el desprendimiento violento de las cubiertas del huevo. No debe extrañarnos este hecho, pues ya conocen ustedes dos ejemplos muy interesantes recogidos aquí en el servicio en dos sujetos con endocarditis blenorrágica á localización mitral. La circunstancia de haberse desarrollado la lesión cardíaca bajo nuestros ojos, puede decirse, y haberla confirmado por la autopsia más tarde en uno de ellos, aleja la posibilidad de tratarse de un error.

La marcha del proceso mitral, como la de las otras cardiopatías, puede ser dividida, para comodidad de la descripción, en varios períodos. La división aceptada lo hace en tres. El primero, el de *compensación*, llamado con más propiedad por Potain de *adaptación;* el segundo, de la *no compensación*, ó *de los desórdenes circulatorios*; y el tercero, de la *asistolia*, de la cual nos ocuparemos en momento oportuno. Por mi parte creo conveniente, de acuerdo con la observación clínica más rigurosa, dividir al primero en otro anterior, que podremos llamar de *latencia*, pues no se observan en él síntomas subjetivos de la lesión. El paciente en estos casos ignora completamente que ella exista en su organismo; sólo un examen accidental suele descubrir el soplo revelador de su existencia.

Recuerdo al respecto un caso muy interesante observado en una señora joven, quien habiendo sufrido de un ligero ataque de reumatismo articular agudo, cayó enferma de influenza un año después de aquél. Durante este intervalo de tiempo no había observado nada de particular. La nueva enfermedad adquirió desde el principio un carácter de gravedad marcado, debido á las complicaciones que se observaron del lado del aparato respiratorio. Una intensa congestión puso al corazón en inminencia de asistolia. Examinado éste, encontramos un soplo de insuficiencia mitral, lesión que había pasado desapercibida completamente para el médico que la había atendido en su ataque de reumatismo en aquel entonces. Dada la ausencia de síntomas subjetivos y la ninguna repercusión visible sobre la circulación, no es posible calcular cuánto tiempo aún hubiera pasado desapercibida. Fué la complicación pulmonar quien nos puso en el camino del diagnóstico.

A este período de *latencia* sigue el de *adaptación*, de Potain, llamado así porque, según este autor, el organismo se acomoda, se adapta á la falta de irrigación circulatoria, limitando sus funciones al débito sanguíneo que recibe. En él el aumento de tensión en el sistema venoso y en la pequeña circulación es real, lo que constituye un obstáculo que exige mayor trabajo al corazón, contra el cual lucha poniendo en juego los recursos que hemos estudiado en la lección anterior. Por otro lado, las perturbaciones originadas por la caída de la tensión en el sistema arterial contribuyen á hacer más difícil la situación del órgano central. Mientras su fuerza es suficiente, y sobre todo, mientras el sujeto no comete desarreglo, esfuerzos, fatigas, excesos, etc., todo va bien; pero en cuanto

abandona esta línea de conducta, un síntoma penoso le da cuenta del peligro. Este síntoma no es otro que la disnea, al cual siguen rápidamente las palpitaciones y la caída del pulso, que se pone pequeño é irregular. Más tarde son las amenazas del lado del aparato respiratorio, con la tos, la expectoración serosa, sanguinolenta, y aun la hemoptisis violenta y abundante, las que sobrecargan el cuadro clínico. Si las faltas de higiene persisten, ó el proceso no puede ser detenido, la congestión pulmonar y el edema se establecen, disminuyendo el campo respiratorio; la hematosis, que por la falta de irrigación sanguínea era ya precaria, disminuye aún más por estos nuevos factores. La plétora sanguínea se extiende al hígado, que se congestiona, se pone doloroso, y aumentando de tamaño, alcanza á las costillas flotantes y aun á la fosa ilíaca. En este momento estamos á las puertas de la asistolia ó en la asistolia misma, encrucijada general de las enfermedades del aparato circulatorio.

No siempre la marcha del proceso sigue ciegamente este camino, cómodo para una descripción clínica: aquí intervienen las diferencias individuales nacidas de procesos anteriores radicados en los distintos órganos factibles de sufrir por la insuficiencia mitral. Un hepático verá su lesión valvular repercutir sobre su hígado con anterioridad al pulmón; en un renal la sintomatología más ruidosa será del lado de su riñón, y así en general.

Es en esta época cuando tienen perfecta aplicación las indicaciones higiénicas que formuláramos en la lección anterior. Mientras la lesión no ofrece síntomas que demuestren la intolerancia cardíaca, la mejor línea de conducta es limitarse á las prescripciones higiénicas. Se tendrá el vientre corriente por medio de enemas purgativos ligeros: medio vaso de agua de Hunyadi Janos, Francisco José, todas las mañanas, en ayunas. No convienen todavía los tónicos cardíacos: más bien serían perjudiciales. Conviene, sí, evitar en lo posible la aparición de afecciones del lado del aparato respiratorio, pues darían lugar á una sobrecarga de trabajo al ventrículo derecho, ya ocupado por la lesión mitral.

Peter decía, con muchísima razón, que todo órgano hueco manifiesta su perturbación por medio del espasmo, el que en el caso que estudiamos es la palpitación, síntoma doloroso é incómodo que llena de alarma á los enfermos. Ellas se observan generalmente de noche, punto diferencial con las provenientes de las enfermedades del tubo digestivo.

Si examinamos el corazón directamente en este período, encontramos que las palpitaciones coinciden con un estado de nerviosidad especial, que se conoce en clínica con el nombre de «eretismo». Para dominarlo, lo más indicado es el reposo en el lecho durante varios días: esto solo suele dar cuenta de él y de las palpitaciones; pero cuando ello no basta, es necesario recurrir á los sedantes, siendo preferible el éter sulfúrico, dado por gotas: 20 gotas en un terrón de azúcar, por ejemplo, varias veces por día. En el comercio existen perlas de éter, las de Clarton, las cuales contienen cuatro ó cinco gotas en su interior. Pueden ordenarse hasta diez por día.

El bromuro de potasio es muy útil en estos casos, solo ó asociado á los otros bromuros, de sodio, de amonio, etc. Muchos aconsejan dar la preferencia al de sodio sobre el de potasio, por la acción de éste sobre la fibra muscular. Creo que esto no tiene importancia, pudiendo usarse los dos indistintamente. Aquí tienen ustedes la fórmula que empleamos en el servicio:

Bromuro de potasio.....	4	gramos.
Agua de azahar.....	20	»
Agua destilada.....	120	»
Jarabe simple.....	20	»

Por cucharadas.

Puede asociarse con buen éxito la valeriana á esta fórmula:

Bromuro de potasio.....	5	gramos.
Tintura etérea de valeriana.....	4	»
Agua de tilo.....	100	»
Jarabe simple.....	20	»

Por cucharadas.

Para coadyuvar á la acción de estos agentes, se aplicarán unas cuantas ventosas secas, cataplasmas sinapismadas, etc., sobre la región precordial. En los casos muy rebeldes y en los enfermos no muy impresionables, una serie de puntas de fuego con el termocauterio dan excelente resultado, que persiste por algún tiempo.

Para muchos facultativos debe emplearse la digital desde estos momentos, para dominar las palpitaciones, que tanto mortifican á los pacientes. Obedeciendo la presencia de ésta al aumento del trabajo del corazón, y no á su fatiga, me parece que la acción de este agente ha de ser más bien perjudicial que ventajoso.

Huchard la emplea asociada á la quinina, en esta forma:

Bromhidrato de quinina.....		10	centigramos.
Polvo de digital.....	*aa.*	5	»
Extracto de convalaria.....			

Para una píldora; iguales, dos á cuatro por día.

Como complemento de estas indicaciones, debe mantenerse un régimen alimenticio severo, proscribiendo los alimentos condimentados y de difícil digestión. En algunos casos, sobre todo en aquellos que presenten desórdenes del lado del aparato renal, el régimen lácteo exclusivo, por unos cuantos días, estará perfectamente indicado.

En el segundo período de las enfermedades mitrales, la situación es mucho más compleja, á consecuencia de los dos órdenes de síntomas que se observan, unos que dependen de la lesión misma sobre el órgano afectado, y los otros por la repercusión que tienen éstas sobre el resto del organismo. Son el pulmón y el hígado los primeramente afectados, habiendo cierta preferencia para el primero, dada la relación anatómica estrecha entre aquella víscera y el órgano central de la circulación. Cuando el riñón es afectado, primitiva ó secundariamente, la situación se agrava, por el doble rol que tiene esta víscera en la economía, encargada de favorecer el equilibrio circulatorio, dando salida al exterior el exceso de líquido que contenga, y por el otro, de eliminar los productos tóxicos que normalmente contiene la orina.

Sabemos ya que la razón principal de los desórdenes que se observan en este período son consecutivos á la acumulación de sangre en el segmento situado arriba del obstáculo y el descenso de presión abajo de éste, fenómenos originados por el debilitamiento cardíaco. Por lo tanto, nuestra línea de conducta está circunscrita dentro de este término: levantar la energía del corazón. Podemos llegar á este resultado por dos caminos: ya sea directamente, aumentando la fuerza á esta víscera por medio de agentes medicamentosos determinados, ó en forma indirecta, disminuyendo la masa de líquido que le toca mover, lo que naturalmente le exigirá menor suma de trabajo. En ciertos casos necesitaremos de la unión de estos dos medios. La energía cardíaca se consigue por medio de los tónicos que más adelante estudiaremos; el obstáculo se disminuye por medio de los diuréticos, purgantes, sangrías, etc., con los que se saca de la circulación cierta cantidad de líquido.

La clínica nos ha demostrado la conveniencia de recurrir con preferencia á la acción indirecta, más bien que al empleo prematuro de los tónicos

cardíacos. No olvidemos que estos agentes, por excelentes que ellos sean, sólo tienen una acción limitada, tanto en su intensidad como en su duración. La digital, por ejemplo, el más poderoso y el más útil de todos ellos, no puede ser administrado por un tiempo mayor á una semana, mientras que la lesión cardíaca es permanente y cada día más intensa. De ahí que demos preferencia á todos los medios que disminuyan la estasis y la tensión venosa, para que una vez suprimido este nuevo obstáculo, mucho más poderoso en el momento que el valvular, pueda la fibra muscular del corazón, sostenida ó no por los tónicos cardíacos, desarrollar la fuerza necesaria.

Pasaré de largo sobre las indicaciones higiénicas que ya hemos formulado, haciendo notar únicamente que, á medida que la enfermedad avanza, su importancia está en relación directa con la marcha del proceso circulatorio. El desarreglo ligero, fácilmente dominable por el reposo al principio de la enfermedad, puede dar lugar á una complicación grave que ponga en peligro la vida, y que, aunque vencida, siempre lo será á expensas de la resistencia del órgano. Son verdaderas victorias de Pirro.

Por regla general es del lado del aparato respiratorio donde se inician las hostilidades. El edema se establece en las bases de ambos pulmones, casi siempre en mayor grado del lado derecho. Contra este síntoma, que debemos tratar de dominar lo más pronto que sea posible, emplearemos ventosas secas en abundancia; y en caso que se note un ligero soplo de congestión pulmonar, algunas escarificadas. Al mismo tiempo ordenaremos un purgante salino. Para obtener un buen efecto, conviene dividir la dosis en dos porciones, que se tomarán con intervalo de un cuarto de hora. El agua de Rubinat es muy recomendable, por tener mayor cantidad de sal en igualdad de volumen, por lo que no es necesario tomar tanta cantidad. Cuando sea conveniente mantener la acción purgativa durante varios días seguidos, recurriremos siempre al mismo sulfato de sosa, pero administrado bajo otra forma: á pequeñas dosis y asociado á los diuréticos.

Ved la fórmula que corrientemente empleamos en el servicio.

Sulfato de sosa.....	10	gramos.
Lactosa.....	60	»
Cocimiento de estigmas de maíz.....	1.000	»

Para tomar en las veinticuatro horas.

Mediante estos medios, el riñón y el intestino eliminan al exterior cierta cantidad de líquido, que en los ataques ligeros basta para facilitar la tarea del corazón. Pero cuando la hipertensión en el sistema venoso es muy grande y ha causado alguna infiltración en los tejidos, debemos fomentar aún más la acción del filtro renal. Si no hay signos de nefritis, lo que sabremos por el examen microscópico del depósito urinario, podremos emplear con éxito el nitrato de potasio, agregado á la poción anterior, á la dosis de 10 gramos por litro. Esta medicación no debe ser administrada por más de una semana. Los efectos son á veces maravillosos; el número 13 del servicio, con oliguria y edemas generalizados, ha llegado á orinar más de cinco litros diarios después que le hemos administrado el nitrato en la forma indicada.

Debemos vigilar que la depuración urinaria sea suficiente, para evitar los peligros que encierra para la economía la retención de los elementos tóxicos que contiene normalmente la orina. En el mitral este peligro es siempre permanente, debido á la caída de la tensión arterial que obstaculiza esta función. La crioscopia ha confirmado el principio formulado por la fisiología, de que la función renal está en relación directa con la rapidez de la circulación en el glomérulo. Caída la tensión, la marcha de la sangre se disminuye en relación con el grado de ésta, y la orina es escasa, con densidad elevada y tóxica por su concentración. Para salvar estos graves inconvenientes haremos uso de los medicamentos diuréticos, entre

los que descuellan la digital, la diuretina, la teobromina, el nitrato de potasio, ya nombrado, el régimen lácteo exclusivo y varios otros menos importantes.

Comenzaremos siempre por aplicar unas ventosas secas sobre la región renal, para favorecer la acción de estos agentes. El más importante de estos medicamentos es la digital, pues al mismo tiempo que levanta la tensión sanguínea aumenta la energía cardíaca; pero, por mi parte, sólo la empleo cuando los otros agentes han fallado, guardándola como un supremo recurso para una acción más compleja. Es á la acción conjunta del régimen lácteo y á la diuretina que recurro. Este último medicamento es lo mismo que la teobromina; pueden darse hasta dos gramos por día en sellos ó en poción, con muy buen resultado, por lo general. Ofrecen ambos el inconveniente de producir cefalalgia al poco tiempo de su uso. La *santosa*, un nuevo agente recién puesto en circulación, tiene la ventaja de los anteriores, sin sus inconvenientes. Aquí tienen ustedes algunas fórmulas de estos agentes:

Diuretina.....	0,50 gramos.
Cafeína.....	0,10 »

En un sello.

Tómense cuatro en las veinticuatro horas.

Diuretina.....	4 gramos.
Jarabe de digital.....	20 »
Agua de menta.....	100 »

Bebida.

Para tomar cuatro cucharadas por día.

Teobromina.....	2 gramos.

En seis sellos.
Para tomar en todo un día.

La santosa, en las mismas dosis que la teobromina.

La facilidad con que puede ser afectado el aparato pulmonar por los desórdenes circulatorios en las enfermedades mitrales, exige una gran vigilancia. Son el edema, la congestión, y aun la hemoptisis y el infarto pulmonar, las complicaciones más frecuentes. Desde muy temprano el edema infiltra las bases, disminuyendo el campo de la hematosis, puesta en descubierto por la disnea, que aparece al menor movimiento ó esfuerzo. La congestión, el infarto y la hemoptisis pueden presentarse en cualquier momento; pero, por lo general, sólo se observan cuando, estando la lesión muy avanzada, el corazón flaquea en su trabajo, elevándose consecutivamente la tensión venosa en grado notable.

Para el edema, tenemos el reposo en el lecho, las ventosas secas en abundancia, y si es necesario las escarificadas. Unas y otras pueden emplearse, sobre todo las primeras, con frecuencia; producen verdadero alivio al paciente, quien las pide con insistencia, sabiendo que por ellas puede obtener un sueño más tranquilo. Los fomentos calientes son un buen recurso, principalmente cuando hay síntomas de bronquitis. En ciertos casos el edema suele dar accesos de tos, que mortifican enormemente al enfermo. La expectoración es difícil, por lo que está indicado facilitarla con cualquiera de las pociones expectorantes que ustedes conocen. Cuando el pulso no está muy deprimido suelo usar el kermes, pero asociándolo á algún medicamento que corrija su acción depresora. Aquí tienen ustedes una buena fórmula:

Infusión poligala.....	200	gramos.
Kermes mineral.....	0,05	»
Licor amoniacal anisado.....	1,50	»
Jarabe de tolú..... }	*aa.* 15	»
Jarabe de canela..... }		

Por cucharadas.

Es por medio de una buena ventilación pulmonar, que obtendremos la desaparición del edema crónico de los mitrales. Cuando el estado del enfermo lo permite, recurro á la gimnasia sin aparatos. Doy preferencia á aquellos movimientos que producen la dilatación torácica. Las sesiones deben ser cortas, y su duración estará subordinada á la resistencia del enfermo, el cual debe interrumpirlas desde el momento que observe signos de intolerancia. Al principio la fatiga se establece desde los primeros movimientos; pero poco á poco se salvan estas dificultades, pudiendo efectuar su ejercicio por sesiones bastante largas, con gran ventaja para la ventilación pulmonar. No olvidemos que la fisiología nos ha enseñado que el pulmón es completamente pasivo en los movimientos de la cavidad torácica, necesarios para la respiración; así, cuando ordenamos una serie de movimientos que tienden á este resultado, aquella víscera acompaña á la pared en su excursión. Ved aquí un ejercicio que pueden ustedes recomendar, y que ofrece la ventaja de su sencillez. Puesto el enfermo de pie, extiende sus brazos hacia adelante hasta juntar las palmas de las manos; de allí los lleva hacia atrás, manteniéndolos en lo posible sobre el plano horizontal, hasta juntar la cara dorsal de las mismas. Por medio de esta maniobra dilatamos la cavidad torácica hasta el máximum.

Podemos también emplear el aparato de Sanders, muy difundido en el comercio, el cual está compuesto de dos bandas elásticas, que se fijan por uno de sus extremos á la pared. En las extremidades opuestas se colocan unas manijas, de las cuales hace fuerza el sujeto para vencer la resistencia que le ofrecen las tiras elásticas. De este modo puede regular la energía desarrollada, sin llegar al cansancio. A cada uno de los aparatos acompaña un librito de instrucciones, donde se hallan dibujadas una serie de figuras explicativas de todos los movimientos que pueden efectuarse con su concurso. Daremos preferencia á los que dilatan la caja torácica, de acuerdo con las relaciones fisiológicas de ésta con el funcionamiento pulmonar. Más adelante, cuando nos ocupemos con detención de los tratamientos sintomáticos de las enfermedades cardio-vasculares, tendremos ocasión de estudiar los efectos terapéuticos de la gimnasia, tanto activa como pasiva.

La hemoptisis es una complicación grave, que agrega á su haber la desastrosa impresión que produce en los enfermos. En los mitrales es frecuente, sobre todo en la estrechez, por el aumento de tensión en el sistema pulmonar. Aplicaremos, inmediatamente que seamos llamados, una buena serie de ventosas secas y escarificadas en el pulmón lesionado. El enfermo permanecerá en el lecho lo más quieto que sea posible, dándole continuamente pedacitos de hielo y bebidas heladas. La posición sentada será la que más le conviene, para facilitar el descenso de la tensión vascular.

La acción constrictiva del cornezuelo de centeno sobre los vasos es empleada con ventaja contra aquellos accidentes. Se dará en inyecciones hipodérmicas, que formularemos así:

Ergotina de Bonjean.....	2	gramos.
Agua destilada..... }	*aa.* 10	»
Glicerina pura..... }		

Para inyecciones hipodérmicas.

Cada jeringa contiene 10 centigramos de ergotina. Conviene formular la inyección mezclando el agua con la glicerina, para facilitar su absorción y hacerla menos dolorosa.

Los vomitivos tienen aquí una gran aplicación, sobre todo en los casos de urgencia, empleándose con más frecuencia la ipecacuana y sus derivados. En el servicio usamos la siguiente fórmula:

Polvos de ipeca.....	1,50 gramos.
Jarabe de ipeca.....	30 »

Para tomar en dos veces, en un vaso de agua, con diez minutos de intervalo.

Cuando el estado del enfermo lo permita, se buscará más bien el estado nauseoso, de efectos más ventajosos que el vomitivo, el cual ofrece, además, el inconveniente de deprimir los enfermos. Se formulará una poción de la siguiente forma, á tomar una cucharada de sopa cada dos horas de intervalo, hasta alcanzar el efecto buscado.

Infusión de ipeca.....	180 gramos.
Ergotina de Bonjean.....	2 »
Jarabe de ratania.....	30 »

Bebida.

Otro vomitivo á efecto muy rápido es la apomorfina, empleándose el clorhidrato á la dosis de un centigramo en los adultos, en inyección hipodérmica. No lo he usado sino una vez, con buen resultado. El motivo de esta preferencia sobre los otros fué debido únicamente al hecho de tener preparada la inyección.

En algunos casos la situación del enfermo, por las violentas hemoptisis, es tan apurada, que no da tiempo á esperar los medicamentos ordenados. En estos casos lo que conviene es abrir la vena y sacar una buena cantidad de sangre, 200 ó 300 gramos, y aun más. Los señores que me han acompañado á la visita de mis enfermos me han visto detener una hemoptisis violenta por medio de este recurso.

Pasado el vómito de sangre, la expectoración sanguínea continúa por varios días, y por lo general ella es la única que observamos como síntoma inicial de la congestión y del infarto pulmonar. Su presencia nos indica la necesidad de despejar el pulmón de este obstáculo tan peligroso y que puede llevarnos el enfermo en el momento menos pensado. Recurriremos á los medicamentos que acabamos de mencionar y fomentaremos la emisión urinaria y la evacuación del intestinal para disminuir la tensión venosa. El empleo de la digital, como de cualquier otro tono cardíaco, en estos momentos sería perjudicial; podría causar la muerte inmediata.

Las complicaciones del lado del hígado son frecuentes, sobre todo en los sujetos que han ofrecido desórdenes anteriores radicales en esta glándula. Ofrecen en estos casos una característica especial, el predominio de los síntomas hepáticos sobre los cardíacos. Son los *cardio-hepáticos*, de los cuales nos suministra un hermoso ejemplo el número 21 de la sala nuestra. En él, los signos de insuficiencia hepática, por mala irrigación sanguínea, ocupan el primer plan en el grave cuadro sintomatológico que pueden ustedes observar. Todos los medios que hemos empleado han resultado ineficaces, y seguramente va á sucumbir á consecuencia de su hígado y no de su corazón.

En el número 5, la complicación hepática fué tratada con éxito por medio de revulsivos sobre la región correspondiente. Una serie de ventosas secas y cuatro escarificadas ordené como iniciación al tratamiento defi-

gístico indicado en estos casos. Dimos, ademas, calomel á dosis refractas (10 centigramos de calomel y un gramo de azúcar de leche, dividido en diez papeles y á tomar uno cada hora), con lo que se obtuvo un buen efecto purgativo. Al día siguiente se administraron por la mañana y noche abundantes enemas, verdaderos lavajes del intestino, de cinco y aun más litros cada uno de agua hervida y entibiada. Mediante estos elementos, los signos de insuficiencia fueron dominados, y el enfermo va á ser dado de alta dentro de pocos días. No ha sido necesario en ningún momento hacer uso de la digital; sólo en dos días se hicieron inyecciones de cafeína.

Toda esta serie de desórdenes, y algunos otros que he callado para no hacer muy extensa esta exposición, pueden ser corregidos en muchísimos casos por la simple regularización de la circulación general, sin necesidad de recurrir á los agentes que actúan directamente sobre el corazón. Estudiados aquéllos, tócanos estudiar los tónicos cardíacos, los cuales representan en terapéutica una larga lista, pero que en clínica sólo empleamos de ella un número limitado. Entre éstos ocupa un lugar prominente la digital, llamada con razón justísima *la quinina del corazón*. Pocos medicamentos contará la terapéutica tan valiosos como éste; pero también pocos habrá que produzcan efectos más funestos cuando lo emplean manos inexpertas. Esto es tan cierto, que no han faltado médicos que hayan solicitado su supresión de nuestros formularios, alarmados por la enorme cantidad de fracasos observados, confundiendo de esta manera la falta de preparación de quienes emplearon la digital con los efectos propios del medicamento.

La acción de la digital es directa sobre la fibra muscular; ella aumenta su potencia, levanta la tensión arterial, y facilita por estos medios la depuración urinaria, de acuerdo con la ley que hemos recordado sobre las relaciones que existen entre esta tensión y la función renal. Esta doble acción explica perfectamente sus ventajas é inconvenientes. Al aumentar la potencia de la fibra muscular, lo hace dentro de las líneas que la función fisiológica del órgano tiene señaladas. Esto quiere decir que por elevada que sea la dosis que pudiéramos emplear, el coeficiente de trabajo será siempre inferior á una cantidad que podemos considerar el límite máximo potencial. Si sobrepasamos la dosis que nos lleva á este límite ó continuamos su empleo por un tiempo mayor que el que convenga, dado sus propiedades acumulativas, el resultado será el mismo, la claudicación del órgano, dándonos perturbaciones especiales tanto ó más graves que las causadas por la enfermedad misma.

Estas propiedades, potencial y acumulativa, circunscriben las indicaciones del medicamento dentro de un límite de hierro que obliga á vigilar su acción con sumo cuidado. No es posible, pues, entregar al enfermo la receta con digital, diciéndole que la use cuando esté fatigado, pues probablemente abusará de este agente, cayendo cada día más en el peligro que se quiere evitar. No crea que esta imprudente conducta sea una excepción. No hace una semana, entraba á mi consultorio una señora con intensa disnea, que no le disminuía á pesar de las píldoras de digital, que tomaba desde varios días atrás, según las indicaciones de un médico que le había suministrado la receta para que la empleara cuando *no se sintiera bien*.

Y como este ejemplo, varios otros tan inconsultos como el primero. La frecuencia con que se presentan me hace sostener que las muertes por mala administración de la digital no han de ser menores que los salvados por ella.

La cantidad de líquido que el corazón puede poner en movimiento, ayudado ó no por la digital, estará lógicamente en relación con su fuerza potencial. La ruptura de esta relación trae el desequilibrio y el estancamiento inmediato en el motor y en la masa á mover. Para ponerla nuevamente en movimiento tenemos que disminuir ó aumentar los términos de relación mencionados, esto es, disminución de líquido y aumento de po-

tencia. La combinación armónica de ambos factores nos dará siempre mejor resultado que su utilización aislada. Así, cuando empleamos la digital —factor potencia,—comenzamos por suprimir parte del líquido—la resistencia,—dando al paciente un purgante previo y fomentando la función renal.

De acuerdo con estas consideraciones sucintas y limitadas, dado el poco tiempo que tenemos disponible, la digital, como los otros tónicos cardíacos, está indicada en este período cuando la caída de la tensión sanguínea tiende á hacerse definitiva y se observan fenómenos de éxtasis en el sistema venoso. El pulso es entonces pequeño é irregular, las palpitaciones son frecuentes, y el edema aparece en varias partes del organismo. La forma de administración y la preparación de digital que emplearemos, será cuestión que trataremos con detención cuando nos ocupemos de la asistolia. Me limitaré á darles la siguiente fórmula, muy usada en nuestra sala. Ustedes ven que en ella el agua es llevada á una temperatura inferior á la de ebullición, precaución que, olvidada, suele ser causa de los fracasos del medicamento.

Polvo de hojas de digital.....	0,50	grs.
Agua caliente á 70°.....	120	»
Jarabe de escila.....	30	»

Bebida.

Se tomará la dosis en veinticuatro horas. Se seguirá su empleo durante tres días, disminuyendo la dosis en la mitad cada día que transcurra.

Las palpitaciones en este período nos indican que el corazón está á punto de claudicar por exceso de fatiga. La digital, regularizando la circulación, las suprime. Cuando se desee buscar una acción rápida sobre el músculo cardíaco y no podamos emplear aquélla, es á la cafeína á la que recurriremos. Este tónico, tan conocido por todo el mundo, puede ser administrado en sellos ó en inyecciones hipodérmicas, siendo preferible esta última forma de administración. Conviene no darlo de noche, pues excita á los enfermos y contribuye á mantener el insomnio, tan desesperante en los cardíacos. En sellos ofrece el inconveniente de ser poco tolerado por la mucosa gástrica. Aquí tienen ustedes varias fórmulas que pueden emplear en los mitrales, cuando deseen obtener una acción rápida.

Cafeína.....	aa. 0,25	grs.
Extracto de kola.....		

Un sello.

Cafeína	0,20	grs.
Polvo de nuez vómica.....	0,20	»
Polvo de kola.....	0,25	»

En un sello.

Cafeína.....	aa. 1,50	grs.
Benzoato de sosa.....		
Ron.....	30	»
Jarabe de cáscara de naranja amarga.....	30	»
Agua de canela.....	100	»

Bebida por cucharadas.

Cafeína clorhidrato.....	2,95 grs.
Benzoato de sosa.....	c. s.
Agua destilada.....	10 c. c.

Inyección hipodérmica.

El estrofanto es otro de los tónicos cardíacos que podemos emplear como succedáneos de la digital. Su acción es más rápida que ésta y menos que la cafeína. Se emplea la tintura por gotas. Desgraciadamente, es un producto que con el tiempo pierde sus propiedades; así nunca se está seguro del valor medicamentoso de las tinturas que se encuentran en el comercio. Como existen dos oficinales, una al $^1/_5$ y otra al $^1/_{20}$, es conveniente recetar indicando cuál de las dos se desea emplear. De la primera se dan de dos á cinco gotas por día, y de la segunda se puede llegar hasta diez en el mismo lapso de tiempo. La mejor manera de administrarlo es comenzar por cinco gotas de la primera y disminuir cada día una gota, vigilando el pulso para evitar su acumulación. En el comercio existen píldoras de estrofanto perfectamente dosadas, de un miligramo cada una. Es un buen preparado que puede prestar verdaderos servicios en estos casos. Como poción, aquí tienen ustedes la que acostumbro recetar:

Tintura de estrofanto al $^1/_{20}$.....	20 gotas.
Agua de laurel cerezo.....	10 grs.
Jarabe simple.....	40 »
Agua destilada.....	100 »

Bebida.
Para tomar en tres veces en el día.

Todos estos medicamentos, que actúan directamente sobre la fibra cardíaca, están indicados cuando ésta flaquea; así, no creo necesario presentarles á ustedes los diversos ejemplos comprobatorios de su acción, tanto más cuanto en la visita diaria al servicio han podido apreciar su eficacia. Cuando estudiemos el tratamiento de la asistolia, tendremos ocasión de volver con más detención sobre sus indicaciones. Por hoy creo que podemos dar por terminada esta conferencia, pues con lo expresado tienen ustedes las bases del tratamiento que corresponde á los enfermos de la válvula mitral en los dos primeros períodos de su evolución. —(De *La Semana Médica*, de Buenos Aires.)

Tres casos de nefritis varicelosa (1), por el Dr. Luis Morquio, *Profesor de la Clínica de enfermedades de niños de la Facultad de Medicina.* — «En presencia de un niño que tiene una nefritis aguda, debe buscarse la escarlatina», decían nuestros maestros.

Esta regla de buena observación tiene una base clínica indiscutible, pero ella no debe ser absoluta; porque hoy sabemos que todos los estados infecciosos, en mayor ó menor grado, pueden originar la complicación renal; de cualquier manera, siempre recuerda que la escarlatina es la causa más frecuente de la nefritis en los niños.

En algunos casos, ningún antecedente infeccioso, ni aun una simple angina que pueda aparentemente servir de entrada á los elementos microbianos, explican la nefritis aguda que aparece bruscamente después de un enfriamiento.

Entre las nefritis que acompañan ó continúan las enfermedades infecciosas, podemos mencionar la nefritis de la varicela, señalada primeramente por Henoch en 1884, y que, á pesar de ser rara, se señalan ya un buen número de observaciones.

Tratándose de una enfermedad que siempre se mira como esencialmente benigna, las complicaciones tienen que sorprendernos, y de tiempo en tiempo nos encontramos con un estado anormal, de más ó menos importancia.

---

(1) Comunicación á la Sociedad de Medicina: sesión del 6 de Noviembre de 1903.

Hemos tenido la ocasión de observar tres casos de nefritis varicelosa, que nos permitimos relatar á continuación.

Primero. Agosto 15 de 1903.—El niño R., de cinco años. Sano, robusto, sin ningún antecedente patológico.

Hace cinco días tuvo varicela; algunas vesículas de la cara supuraron, é infartaron algunos ganglios del cuello. El niño, que se encontraba bien, pasó la noche mal, agitado, con fiebre y escalofríos, acusando un fuerte dolor abdominal.

La lengua es saburrosa; hay constipación.

La orina, francamente coloreada, de aspecto sanguinolento; contiene sangre.

La cara abotagada, los párpados hinchados, tendencia al sueño; acusa dolor de cabeza.

Dieta láctea. Lavados intestinales fríos.

Agosto 18.—Ha continuado orinando poco. Hay edema de la cara y del escroto. *Albúmina* en cantidad. La orina, más clara. La sangre desaparece. Presenta fiebre irregular, que llega hasta 40°. Sueño intranquilo, mucha postración; ha tenido algunos vómitos.

Agosto 28.—Sigue la nefritis. El anasarca ha disminuído; el estado general mejora. La albúmina disminuye, y la sangre ha desaparecido. Orina todavía poco. Persiste un poco de fiebre. Toma más cantidad de leche.

Septiembre 10.—Ha seguido mejorando. Ha orinado cada vez más; ahora lo hace abundantemente. No hay albúmina.

Leche, huevos y verduras.

Septiembre 20.—Se considera curado.

Segundo. Mayo 1903.—Niño de seis años. Ningún estado infeccioso anterior.

Al cuarto día de una erupción de varicela, tiene vómitos, fiebre alta, dolor abdominal y orina sanguinolenta.

Al día siguiente, edema de los párpados; después, edema generalizado y edema intenso del escroto.

El examen de la orina revela la existencia de sangre, y 2,20 gramos de albúmina; cilindroides, glóbulos de pus, etc.

Se trata, por consiguiente, de una nefritis. Dieta láctea, reposo, calomelanos, lavados intestinales fríos.

Una semana después el niño estaba todavía en pleno anasarca, orinando muy poco, de coloración oscura y conteniendo sangre y albúmina. La fiebre había declinado: en los primeros días era alrededor de 40°; ahora estaba entre 38 y 39°.

Desde este momento la permeabilidad renal se facilita cada vez más, y visiblemente desaparece el anasarca, al mismo tiempo que el estado general mejora. La orina aumenta rápidamente, y en tres ó cuatro días se hace clara, sin sangre; la albúmina persiste en pequeña cantidad.

Alrededor del mes, el niño estaba curado.

Tercero. El niño D., de nueve años.

Octubre 7 de 1903.—Lo trae la madre á nuestra Policlínica del Hospital de Caridad. Desde anoche está enfermo, acusando principalmente un dolor en la región renal izquierda.

Hace cuatro días que le ha empezado la *varicela*, y actualmente está en plena erupción; algunos elementos nuevos, perlados, otros secándose, etcétera. Tiene otros tres hermanos, que hemos visto con varicela.

No ha tenido vómitos; sólo ligero dolor de cabeza. Temperatura, 39°. Presenta edema de los muslos, escroto, pared abdominal y cara. Orina de color un poco subido. Por el calor y por el ácido acético, se pone en evidencia la presencia de la albúmina.

No ha estado anteriormente enfermo. Su padre murió recientemente, de una cardiopatía crónica con anasarca.

Se prescribe calomel 0,10, y lactosa un gramo para cinco paquetes, uno cada dos horas. Reposo.

Dieta láctea y lavados intestinales fríos.

Octubre 8.—Tiene dos gramos y medio de albúmina por litro. Hoy ha orinado varias veces. Anasarca. Predomina el edema en el escroto y en la cara. En las dos bases pulmonares, menos sonoridad y menos respiración. Ligera ascitis.

Octubre 9.—Aumenta el anasarca. Ha orinado 800 gramos, orina sanguinolenta y muy cargada.

Octubre 10. — Sigue un poco mejor. Orina más clara. Ha tenido, en nuestra presencia, una emisión de orina de medio litro. El edema del escroto se presenta muy acentuado. Los pies están deshinchados.

Octubre 12. — El mismo estado. Orina de aspecto oscuro; contiene todavía sangre. Persisten los edemas.

Toma dos litros de leche por día. Continúa con dos lavados intestinales fríos.

Octubre 14.—Sigue mejor. Los edemas desaparecen visiblemente. Orina abundante, coloración rojiza. Albúmina, 0,43. Células de las vías urinarias, cilindroides, cilindros hemorrágicos y leucocitos abundantes. Reacción alcalina. Densidad, 1.010.

Octubre 16.—Tos y expectoración mucosa abundante, aparecida bruscamente, sin disnea y sin fiebre. Algunos estertores finos en las dos bases. Duró solamente algunas horas.

Orina más de un litro; no hay sangre.

Octubre 20. — Los edemas han desaparecido; orina abundantemente. Estado general, excelente.

Se le inyectan 200 gramos de suero fisiológico, con el objeto de experimentar la acción del cloruro de sodio sobre el riñón, con una nefritis aguda en regresión.

Octubre 22.—A pesar de la inyección de suero, el estado general y renal del niño no se ha modificado. No se ha presentado albúmina, que sólo contenía en ese momento vestigios, y la orina sigue produciéndose abundantemente.

Hasta hoy estuvo á leche sola; ahora empieza con verduras, sopas y huevos.

Desde el día 12 se conserva apirético.

La marcha de la cantidad de orina ha sido la siguiente:

Día 13.....	900	gramos.	
» 14.....	1.000	»	
» 15.....	1.000	»	
» 16.....	1.300	»	
» 17.....	1.200	»	
» 18.....	1.500	»	
» 19.....	1.600	»	
» 20.....	2.000	»	(Suero, 200 gramos.)
» 21.....	3.000	»	
» 22.....	2.800	»	
» 23.....	2.900	»	
» 24.....	2.500	»	
» 25.....	2.400	»	
» 26.....	2.300	»	

El día 27, alta, curado.

Estas tres observaciones ofrecen una notable semejanza, al extremo de que podrían permitir la suposición de si la nefritis de la varicela se presenta siempre de esa manera; sin embargo, no es esto exacto: lo que hemos visto es más bien la excepción. Por lo común, se trata de una nefritis benigna, de poca intensidad en sus manifestaciones generales y renales. Parece también que esta forma benigna es más frecuente de lo que se supone, como lo ha demostrado Unger, haciendo sistemáticamente el examen de la orina en los varicelosos.

En algunos casos esta complicación reviste un carácter sumamente grave, que puede llegar hasta producir la muerte, según ha sido consignado en dos ó tres observaciones, cuya autopsia hizo ver una nefritis parenquimatosa.

El cuadro que han ofrecido nuestros enfermos se confunde exactamente con el de la nefritis escarlatinosa en sus formas más comunes: anasarca, albuminuria, hematuria, etc., así como en estos casos el pronóstico se mantiene en reserva durante el período de estado; igual reserva nos imponía el estado de nuestros enfermos, y en ciertos momentos hubo carácter de gravedad; pero la marcha ulterior pronto se pronuncia favorablemente, y alrededor del mes los tres enfermos fueron dados de alta. El reconocimiento de éstos, que hice hace pocos días, me permite asegurar su definitiva curación.

¿En qué momento de la varicela aparece la complicación renal?

Los casos observados permiten establecer que es al final de la primera semana que ella se inicia, y los hechos que presentamos concuerdan con esta regla, recordando que dos de ellos hicieron su nefritis al cuarto día, y el tercero al quinto día, después de la erupción de la varicela.

Otro hecho particular á revelarse es la independencia de la nefritis con la forma clínica de la varicela. Se trata seguramente de una complicación directamente vinculada al elemento específico de esta fiebre eruptiva; de manera que podemos observarla, así en los casos comunes, como en los anormales.

Para la profilaxia, estamos aquí en peores condiciones que en la escarlatina. Si bien el origen de la nefritis en esta última enfermedad puede ser independiente de toda imprudencia, es bien cierto que el enfriamiento ó la alimentación intempestiva son generalmente la causa ocasional. Es muy posible que en la varicela estas causas tengan también su influencia; pero la rareza de esta complicación, y la extrema benignidad de la varicela, no permiten prácticamente establecer indicaciones de carácter profiláctico.—(De la *Revista Médica del Uruguay*, de Montevideo.)

Los pretendidos síntomas de la hemiplegia histérica. Disociación de los accidentes histéricos mediante el hipnotismo experimental. Curación por la psicoterapia, por el Dr. José Ingegnieros.

I

Para quien ha observado algunos centenares de hemiplégicos de toda naturaleza, un caso de hemiplegia histérica no merecería publicarse, á no mediar circunstancias clínicas muy especiales, cuya importancia para el diagnóstico diferencial entre la hemiplegia orgánica y la hemiplegia histérica no escapará á cuantos se hayan preocupado de esta delicada cuestión.

Es sabido que los caracteres diferenciales entre ambas clases de hemiplegias han sido divididos en dos grupos: *intrínsecos* (relativos á la hemiplegia misma), y *extrínsecos* (relativos á los fenómenos concomitantes, antecedentes del sujeto, modo de aparición). Babinsky, considerando que suele atribuirse á los caracteres extrínsecos más importancia de la que realmente merecen, descuidando el examen de los intrínsecos, ha puesto en evidencia la falacia de los primeros, demostrando que ninguno de ellos basta para autorizar un diagnóstico: *De ce qui precède ressort l'insuffisance des caractéres extrinsèques au point de vue du diagnostic differentiel des deux espèces d'hémiplégie.* Penetrado de esa convicción, Babinsky se ha preocupado de estudiar detenidamente los caracteres intrínsecos, llegando á la determinación de algunos nuevos: *et je me crois autorisé à soutenir actuellement que, dans la grand majorité des cas, les*

caractéres intrinsèques fournissent des éléments de différentiation decisifs. La magistral lección consagrada por Babinsky al estudio de los caracteres intrínsecos de ambas hemiplegias, será en todo tiempo una página clásica de semeiología, por el cuidadoso estudio de cada uno de los síntomas en los diversos tipos de hemiplegia. Pero algunos hechos clínicos parecen probar que, en ciertos casos, el diagnóstico debe fundarse en los caracteres extrínsecos y no en los intrínsecos, aun cuando hubiese contradicción evidente entre ambos; y también podría deducirse que Babinsky no ha apreciado con exactitud el valor de los síntomas intrínsecos diferenciales, dándoles mayor importancia de la que realmente tienen, llegando hasta considerar como patognomónico el signo que merecidamente lleva su nombre, consagrado por todos los neuropatólogos.

El presente caso (y el que señalamos someramente en el *Apéndice*) contradice todas las afirmaciones de la semeiología clásica, y nos muestra á la histeria revelándose una vez más á todos los cuadros sindromáticos. Veamos, pues, á una hemiplegia con los síntomas propios de la orgánica, transformándose y disociándose bajo la influencia de la sugestión hipnótica experimental, para curar en el momento deseado mediante el simple tratamiento psicoterápico.

***

El 3 de Agosto de 1902 ingresó al hospital San Roque (sala 6.ª, núm 5) el enfermo X. X., de veinticuatro años de edad, argentino, blanco, casado, sin hijos, católico, de profesión idóneo en farmacia. Su hábito de vida es regular, carácter tranquilo, aunque extravagante, de pobre constitución física y en mal estado de nutrición.

Los padres han sido sanos y tuvieron nueve hijos, de los cuales ocho viven. En los antecedentes del enfermo se constatan varias enfermedades de la niñez y juveniles, cuya enumeración sería superflua.

Fué siempre neurópata; desde la infancia, su familia le consideraba nervioso y raro. Su carácter anormal fuése caracterizando al entrar á la juventud, sin que la pubertad influyera de manera notable sobre su estado mental y neuropático. En 1896, seis años ha, encuéntrase el primer antecedente directo de su enfermedad presente. Después de un disgusto que lo afectó seriamente, sufrió un «ataque nervioso» con pérdida del conocimiento y convulsiones; duró diez y ocho días en ese estado, no pudiendo obtenerse otros detalles descriptivos sobre esa primera serie de accesos. Posteriormente los ataques se repitieron cada vez que X. X. sufrió disgustos intensos ó emociones bruscas. Los ataques aparecían en series; después del primero producíanse otros, con intervalos de minutos ú horas, alejándose progresivamente unos de otros hasta desaparecer por algún tiempo.

El enfermo da de sus ataques la descripción clásica de la crisis histérica. Presumía la llegada del ataque por una sensación general de inquietud, acompañada de malestar vago, ilocalizable; en seguida sentía una constricción del epigastrio, notando que desde allí le subía una masa, dándole la sensación de una bola que se deslizaba á lo largo del esternón y llegaba á la faringe, produciéndole un sentimiento de estrangulación. Al mismo tiempo sentía fuertes sensaciones en la región occipital, más bien de peso que dolorosas, pareciéndole que le golpeaban la cabeza; se acompañaban por ruidos en los oídos y enturbiamiento de la vista, hasta caer sin conocimiento. Como presentía la llegada de los ataques, jamás sufrió accidentes en sus caídas, pues se recostaba en sitios donde no pudiera lastimarse; nunca tuvo grito inicial, ni se mordió la lengua, ni presentó constricción de los pulgares, ni hubo micciones involuntarias en el período de resolución de los ataques. Por personas de su familia sabe el enfermo que durante la crisis su fisonomía se congestiona, hace mucha fuerza y tiene movimientos desordenados. Los ataques duraban primitivamente quince minutos, llegando más tarde hasta una

hora, presentándose en series. Estuvo dos años sin ataques antes de sufrir el que motivó su ingreso al hospital.

El 8 de Julio de 1902 asistió á un baile, y no desperdició la circunstancia: bailó sin reticencias. El día 9, sin haberse acostado un solo minuto, se hizo cargo de su servicio de idóneo en la «Farmacia del Inca», del Sr. Zambianchi, farmacéutico del hospital San Roque. El *surmenage* brusco y la falta de sueño compensador le pusieron en estado de excitabilidad; tuvo cefalalgia y malestar general. El 10 permaneció en cama; el 11 sufrió un ataque histérico, semejante á los descritos. Los ataques continuaron en número de cuatro á siete por día, con fenómenos de clownismo, presentándose de preferencia después de las siete de la tarde.

El sábado 2 de Agosto sufrió un ataque á las diez de la mañana, y quedó con hemiplegia derecha total, con hemianestesia derecha, gran exageración de los reflejos tendinosos y estado mental apoplectiforme. Llamado un médico particular, que carecía de antecedentes, pensó—como era natural á primera vista—en una apoplejía por hemorragia cerebral izquierda, con hemiplegia derecha, indicando su remisión al hospital San Roque.

La guardia del hospital ratificó ese mismo diagnóstico, así como un practicante del servicio.

II

Examinado al día siguiente, sus fenómenos apoplectiformes habían desaparecido totalmente; el enfermo parecía un viejo hemiplégico con afasia, adaptado á su situación. Su aspecto y los caracteres extrínsecos impusieron el diagnóstico de *hemiplegia histérica*, á pesar de que el cuadro de sus caracteres intrínsecos habría sido muy discutible, según lo afirmado por los autores clásicos, y dada la falta de antecedentes.

Entre los caracteres atribuídos á la hemiplegia histérica y señalados como diferenciales de la hemiplegia orgánica, suelen figurar los siguientes: respeta la cara; si es derecha, no se acompaña de afasia, predomina en el miembro inferior; la marcha es «arando» y no «segando», la flacidez de los miembros es extrema hasta permitir movimientos anormales de las articulaciones, no hay exageración de reflejos tendinosos, no hay clonus, no hay signo de Babinsky, etc. Los síntomas precedentes figuran todos en la magistral *Semeiología del sistema nervioso*, de Dejérine (1).

Babinsky, en su excelente lección de la Pitié (2), hace notar que la hemiplegia histérica, más que caracterizarse por síntomas propios, se reconoce por la ausencia de ciertos síntomas más ó menos característicos de la hemiplegia orgánica. Los síntomas de ésta serían:

1.° Parálisis limitada á un lado del cuerpo.
2.° La parálisis no es sistemática.
3.° Signo del cutáneo y flexión combinada del muslo y del tronco.
4.° Lengua desviada del lado de la parálisis.
5.° En el comienzo, hipotonus muscular, con flexión exagerada del antebrazo.
6.° Al principio aumentados ó abolidos, después aumentados; hay trepidación epileptoídea.
7.° Reflejos abolidos.
8.° Signo de Babinsky.
9.° La contractura no es imitable voluntariamente.
10. Evolución regular.

Y agrega el ilustre colega: «Acabo de estudiar sucesivamente los di-

(1) En el *Traité de Pathologie générale* de Bouchard, vol. V, págs. 507 y 508.
(2) «Diagnostic differentiel de l'hemiplegie organique et de l'hemiplegie histerique», en la *Gazzete des Hôpitaux*, 5 y 8 Mayo 1900, y en folleto editado por Levé, París, 1900.

versos caracteres de orden motor que pueden servir á distinguir la hemiplegia orgánica de la hemiplegia histérica, procurando fijar el valor de cada uno. ¿Los hay que sean patognomónicos? Como ya dije, creo que los hay, y estoy sobre todo convencido, por lo que respecta al fenómeno de los dedos. Pero admitamos que no haya uno solo que no sea absolutamente decisivo. Me parece indudable que cuando muchos de la misma índole se encuentran reunidos, la duda no es ya posible. Así es, en efecto, generalmente, sea cual fuere el período de la hemiplegia en cuestión».

En nuestro enfermo faltan los síntomas aceptados por Dejerine, como propios de la hemiplegia histérica, y existen casi todos los que señala Babinsky como propios de la orgánica, sin excluir el único que dicho autor considera típico y que lleva su nombre: «el signo de Babinsky».

Nuestro enfermo presenta hemiplegia con afasia, tomando el facial, y está limitada á un solo lado, tanto en el cuerpo como en la cara.

La parálisis no es sistemática; los músculos del lado paralizado, en los miembros lo mismo que en la cara, no funcionan durante la ejecución de los movimientos bilaterales, que habitualmente son sinérgicos.

No se investigó la presencia del «signo del cutáneo», ni de la flexión combinada del tronco y del muslo. El primero de estos signos no es característico, según el mismo Babinsky. El segundo tampoco tiene valor absoluto.

La lengua no estaba desviada del lado de la parálisis; pero en muchos casos de hemiplegia histérica lo está, y en algunos de hemiplegia orgánica no hay desviación.

En nuestro enfermo había hipertonus marcado y diátesis de contractura. Sin embargo, en las hemiplegias histéricas flácidas hay hipotonus, y todo lo que se sabe de fisiopatología autoriza á considerar lógica la flexión exagerada del antebrazo en esos casos, no obstante la opinión de Babinsky. (Véase el *Apéndice*.)

En nuestro enfermo hay exageración *verdadera* de los reflejos tendinosos y *verdadera* trepidación epileptoídea (1).

Reflejo abdominal, abolido.

Hay signo de Babinsky, perfectamente característico (2).

La forma de la contractura y su imitabilidad, mediante movimientos voluntarios, no se examina; es de escasa importancia en el diagnóstico diferencial.

Las diferencias en el tipo de marcha no se observan por estar el enfermo en cama y declararse incapaz de caminar.

---

(1) Curiosa circunstancia. El Dr. D. Enrique C. Carrá presentó su tesis en 1899, Buenos Aires, sobre «Hemiplegia histérica». Presenta *solamente tres* observaciones; en los tres casos los reflejos tendinosos están alterados, pero alterados de *tres* maneras diferentes. En el primero se trata de hemiplegia derecha, y el reflejo patelar de ese lado está *exagerado* (pág. 58); en el segundo se trata de hemiplegia izquierda, y los reflejos tendinosos están *disminuídos* (pág. 59); en el tercer caso, hemiplegia izquierda: todos los reflejos tendinosos de los miembros superiores é inferiores están *exagerados de ambos lados*, y hay también *trepidación epileptoídea bilateral* (pág. 61).

(2) Babinsky, en estos últimos años, nos ha dado á conocer un nuevo reflejo, que lleva su nombre, y que también es nombrado *fenómeno de los dedos*, al cual da suma importancia, pues su presencia estaría ligada á la existencia de lesiones orgánicas de los centros superiores, lo que le da un valor precioso para el diagnóstico diferencial entre la hemiplegia orgánica y la histérica.

. . . . . .

«El hecho es real, y ustedes pueden apreciarlo perfectamente en estos enfermos, en cuanto á sus caracteres distintivos. En cuanto al valor que le diera Babinsky, valor que ha sido aceptado sin discusión por la mayoría de los autores que han estudiado el punto —entre nosotros el Dr. Ayarragaray,—ha sufrido últimamente un rudo golpe con la presentación de un caso de hemiplegia histérica hecha por el Dr. Ingegnieros, y publicado en *La Semana Médica*, en el cual el reflejo de Babinsky existía como todos los demás elementos de diferenciación dados por este autor para distinguir la hemiplegia orgánica de la histérica, y sin embargo, el enfermo pertenecía á esta última clase, como fué puesto en relieve con suma habilidad por el médico argentino, sometiendo al sujeto á la acción hipnótica, en cuyo estado hizo desaparecer ó cambiar de lado la hemiplegia á voluntad. Esta prueba fué repetida varias veces con igual resultado». — Luis Agote: «Consideraciones clínicas sobre varios casos de hemiplegia orgánica».—*La Semana Médica*, Buenos Aires, Marzo 10 de 1904.

Hay hemianestesia derecha, cuya presencia carece de significación para el diagnóstico diferencial, pues puede encontrarse en la hemiplegia histérica lo mismo que en la orgánica, siempre que en esta última haya lesión de la parte posterior de la cápsula interna (?), en el llamado *carrefour sensitif*.

En suma: *en este enfermo faltan todos los síntomas atribuídos á la hemiplegia histérica, y existen todos los que principalmente caracterizarían á la hemiplegia orgánica*, según los tratados y monografías de semeiótica que se ocupan de esta interesante cuestión.

Sin embargo, sabiendo cuán falaces son los síndromes clínicos diferenciales cuando está de por medio la histeria, insistimos en el diagnóstico de hemiplegia histérica, fundándonos en la simple evolución clínica del caso y en el estado general del enfermo; su apoplejía, si fuera orgánica, no podría haber desaparecido en veinticuatro horas sin dejar ningún rastro en el estado psíquico y general del enfermo; sólo podía tratarse de una «pseudo-apoplejía histérica».

Careciendo de antecedentes (el enfermo no podía darlos por estar afásico), nos limitamos á buscar los síntomas somáticos de la histeria, á pesar de los caracteres intrínsecos, exclusivamente orgánicos, que presentaba la hemiplegia. Comprobamos la hemianestesia derecha, poco importante para el diagnóstico diferencial, pues podía existir en la hemiplegia orgánica; encontramos *anestesia faríngea, hipoacusia* unilateral derecha y *estrechamiento* del campo visual derecho. Tres síntomas importantísimos para nuestro caso, dada la ubicación de dos de ellos en el mismo lado de la hemianestesia, más valiosos que los desorientadores síntomas intrínsecos dados por la hemiplegia misma.

El diagnóstico fué consolidado por los antecedentes del enfermo, referidos más tarde por la familia, no dejando lugar á dudas sobre la naturaleza neurósica de los accidentes paralíticos observados.

III

Como suele suceder en casos con síntomas francamente atípicos—y en este caso abiertamente contradictorios con los esquemas nosológicos de los tratadistas,—no bastaron los estigmas somáticos de histeria, la evolución de la pseudo-apoplejía y los otros antecedentes indiscutibles dados ya por la familia, para disipar las últimas dudas en los colegas y practicantes que habían visto el caso.

Sometimos el enfermo á la experimentación clínica por medio de la *sugestión hipnótica*, con los resultados que se expresan.

El enfermo nunca había sido hipnotizado. Se le durmió por el procedimiento más vulgar, la fijación de la mirada; entró en fascinación en menos de quince segundos, y cayó en sueño á los dos ó tres minutos, con disociación completa del psiquismo inferior y superior.

Se le ordenó caminar derechamente, sin cojear del lado enfermo; no pudo hacerlo, por tener la pierna en gran hipertonus, casi en contractura. Se le practicaron suaves fricciones en el miembro, y se movilizó la pierna mediante movimientos pasivos, diciendo en voz alta al enfermo que la pierna estaba sana. Se le ordenó marchar, y lo hizo sin dificultad. Ejecutáronse iguales prácticas sugestivas en su brazo y cara. Cinco minutos más tarde el enfermo fué despertado, completamente curado de su hemiplegia *derecha* y de la afasia correspondiente.

Al día siguiente se le hipnotizó de nuevo, sugiriéndole que tenía una hemiplegia *izquierda;* despertado, quedó en esa situación, con gran sorpresa de quienes lo consideraban hemiplégico «orgánico» ateniéndose á los síntomas intrínsecos.

Diátesis de contractura. Mediante simples fricciones á lo largo de la nuca, espalda y piernas, el enfermo entraba en catalepsia. Por sugestión se determinaron en su piel diversas zonas histerógenas, cuya compresión

producía el ataque; al mismo tiempo se le sugirieron zonas inhibidoras, cuya presión lo detenía. Apretándole la nariz, por ejemplo, aparecía un ataque, inmediatamente suspendido por la compresión de la oreja ó de otro sitio previamente elegido.

En la tercera sesión hipnótica experimental se suprimió la hemiplegia *izquierda*, reponiendo la primitiva *derecha con afasia*; así fué presentado en clase por el profesor Dr. Ramos Mejía, mostrándolo en estado cataléptico en los ataques é inhibiciones experimentales, y transfiriéndose su hemiplegia del lado derecho al izquierdo.

En las sesiones siguientes se obtuvieron fácilmente, mediante la simple sugestión verbal, otras disociaciones del síndrome primitivo. Por ejemplo: *Afasia, parálisis facial y braquial derecha y parálisis de la pierna izquierda.—Hemiplegia derecha sin afasia y hemianestesia izquierda.—Monoplegia derecha ó izquierda, braquial ó crural, con ó sin anestesia.—Paraplegia de los miembros inferiores ó superiores con hemianestesia derecha ó izquierda, ó con disestesia.—Afasia con hemiplegia izquierda*, etcétera.

IV

El pronóstico fué bueno para los accidentes histéricos actuales, pero indudablemente desfavorable por la probabilidad de recidivas ó de otros accidentes.

El tratamiento, después de lo dicho, fué sencillo. Hipnotizamos al individuo, sugiriéndole que estaba completamente sano; despertó sin ningún fenómeno paralítico ó parésico, y fué dado de alta, recomendándosele concurriera al consultorio externo cada ocho días para hipnotizarlo y renovar las sugestiones.

El enfermo volvió á su domicilio; pasó un mes bien, sin volver al consultorio. Un nuevo disgusto le produjo una serie de ataques, reapareciendo bruscamente la hemiplegia derecha. La familia, desconfiando del hospital, pues «no le habían recetado nada», llamó á un médico particular, ocultándole todo lo que había pasado anteriormente; el colega, ante los síntomas propios de la hemiplegia orgánica, le recetó 30 fricciones mercuriales, de cinco gramos cada una, y ioduro de potasio por gotas; con gran contentamiento de la familia, pues no concebía «que no le recetaran algo».

En friccionar estaba ocupada toda la familia, cuando supimos por el farmacéutico del hospital, Sr. Zambianchi, las andanzas terapéuticas en que estaba metido el enfermo. Mucho nos costó obtener que la familia lo condujera al consultorio externo del hospital. Fué traído en camilla, lo hipnotizamos y se retiró caminando.

Prohibimos á la familia la continuación de las fricciones, aconsejando un régimen general apropiado. Fué inútil. Le propinaron las treinta, íntegras...

En realidad, es difícil combatir el fetichismo de las drogas. Cuesta demostrar que, siendo ciertos accidentes histéricos la expresión de una enfermedad puramente psíquica, de una disociación del psiquismo, la verdadera terapéutica es la *psicoterapia*, sea en vigilia ó durante el sueño hipnótico.

APÉNDICE

Podríamos citar numerosas observaciones de hemiplegias histéricas presentando uno ó varios síntomas aislados de los que se atribuyen generalmente á la hemiplegia orgánica. En verdad, el signo más raro de observar en las histéricas es el de Babinsky; pero no tan excepcional que no le hayamos observado por segunda vez á un solo año de distancia, y habiendo observado solamente seis ú ocho hemiplegias histéricas en ese es-

pacio de tiempo. Merece referirse la observación, aunque, desgraciadamente, incompleta.

En Noviembre de 1903 fuimos solicitados para examinar una enferma «que tenía un ataque cerebral y parálisis de un costado». Antes de examinar á la enferma, su esposo nos refirió que cuatro años antes había sufrido un ataque análogo, quedando súbitamente paralizada del costado derecho y afásica; quince días más tarde, mediante fricciones y una bebida, recobró el uso de sus miembros paralizados, no quedando en pocos días ningún rastro del accidente. Además, la enferma había tenido en toda época instabilidad mental y fenómenos de pequeña histeria.

Su hemiplegia actual había sobrevenido repentinamente con pseudoapoplejía histérica. Había sido examinada por el Dr. Rabuffetti, domiciliado en las inmediaciones, y le había recetado una bebida, que suponemos fuera bromuro de potasio; presumimos, por este dato, que diagnosticó hemiplegia histérica.

Así lo hacían presumir, y con toda razón, los caracteres *extrínsecos*.

Pero el examen de la enferma nos reveló los siguientes caracteres *intrínsecos*, muy dignos de ser publicados, no obstante no haber podido continuar y completar la observación de la enferma, por circunstancias que diremos al terminar.

Hemiplegia derecha, con afasia, tomando la cara.

La parálisis no es sistemática.

El estado de la enferma en la cama impidió buscar el signo del cutáneo y la flexión combinada del muslo y del tronco.

La lengua está desviada del lado de la parálisis.

La parálisis es flácida y permite la flexión exagerada del antebrazo.

Reflejos tendinosos, exagerados; hay *verdadera* trepidación epileptoídea.

Hipoestesia derecha.

Hay reflejo abdominal.

Signo de Babinsky, perfectamente marcado.

En la imposibilidad de asistir á la enferma en su domicilio, le recomendamos á su esposo la hiciera ingresar á una de las clínicas de mujeres del hospital San Roque. Pero el esposo de la enferma, sin darnos aviso de ello, la condujo al hospital francés—es esa la nacionalidad de ambos,—donde estuvo en asistencia durante un mes y medio. Salió completamente curada, según nos comunicó un vecino de la enferma, á quien pedimos datos sobre ella, no pudiendo verla personalmente por haberse cambiado de domicilio su esposo durante la enfermedad.—(De los *Archivos de Psiquiatría, Criminología y Ciencias afines*, de Buenos Aires.)

La tirotomía en el cáncer laríngeo. Réplica al Dr. Semon, de Londres, por el Dr. Juan Cisneros, *Profesor del Hospital General y de la Facultad de Medicina de Madrid.* — En la 71.ª reunión anual de la *Asociación Médica Británica*, verificada en Swansea en el mes de Julio de 1903, presentó el Dr. Félix Semon, de Londres, un trabajo acerca del *Tratamiento operatorio de los tumores malignos de la laringe.* De acuerdo con las opiniones que ha sustentado en sus últimos trabajos, se declaró nuevamente partidario del tratamiento radical en el cáncer laríngeo; y sin rechazar en absoluto las demás formas de intervención, aunque reservándolas para casos muy excepcionales, defendió una vez más la tirotomía, considerándola como el procedimiento operatorio por excelencia y superior en todo á los demás para el tratamiento de los tumores malignos de la laringe. En apoyo de su manera de ver presentó su estadística de veinte tirotomías practicadas en casos de cánceres laríngeos, y en las que sólo hubo dos casos de recidiva, y otro de muerte á consecuencia de la operación.

Después de referir el *modus faciendi* por él adoptado, y de señalar las

condiciones que consideraba indicadas para intervenir, agregó el doctor Semon lo siguiente:

«Practicada según estos principios y según estas indicaciones la tirotomía, ha dado excelentes resultados en manos de gran número de cirujanos, tanto de Inglaterra como del Continente: de Moure, de Chiari, de Schmiegelow. Pero si se la practica fuera de los casos indicados, con una técnica y una energía operatoria insuficiente, es evidente que se volverá á los resultados tan criticados por Paul Bruns; así ocurre que en el último Congreso de Madrid, un cirujano español, en ocho tirotomías, ha observado seis recidivas, que aparecieron desde un mes á dos años después de la operación. Habiendo yo tenido una sola recidiva en 18 casos personales, tengo el derecho de decir que el cirujano español, ó bien ha elegido mal sus casos, ó bien ha hecho una extirpación incompleta del neoplasma. Este es un ejemplo característico del peligro de las estadísticas en globo hechas sobre el conjunto de casos referidos por los cirujanos más diversos» (1).

En el número de los *Annales des maladies de l'oreille* correspondiente al mes de Octubre de 1903 publicaron los Dres. Le Bec y Real un caso de extirpación total de la laringe por cáncer, seguido de curación, declarándose, con este motivo, partidarios de esta operación en todos los casos de cáncer laríngeo; y después de hacer constar que los perfeccionamientos realizados en la técnica de la laringuectomía han dado por resultado la disminución de la mortalidad producida por la misma, hasta el punto de que la última estadística de Gluck da sólo un 8 por 100 de muertes operatorias, llegaron á decir, al comparar estos resultados con los que da la tirotomía, que «la laringuectomía total llegará á ser la operación indicada en todos los cánceres operables de la laringe»; y que la «tirotomía es siempre una operación paliativa, no estando jamás seguros de llegar con ella á los límites del mal, como lo prueban las recidivas rápidas y casi fatales que la siguen».

Dos números después (Diciembre de 1903) publicó el mismo periódico un artículo del Dr. Semon, en el que se hacia cargo de estas afirmaciones, diciendo que «apenas podía comprender que tal aserción (la emitida por los Dres. Le Bec y Real acerca de la tirotomía) hubiera sido sostenida en el año 1903, después de los resultados obtenidos por Butlin, Moure, Schmiegelow, Chiari, y por el mismo Semon»; y terminaba diciendo: «después de la extraña aserción de que la tirotomía en el cáncer de la laringe no es más que una operación paliativa, me parece que hay el deber de probar por medio de hechos incontrastables que esta afirmación no descansa sobre ningún fundamento, y éste es el deber que cumplo aquí».

Ante este ataque tan enérgico, replicaron los Dres. Le Bec y Real, en el número de Enero de 1904 de los mismos *Annales des maladies de l'oreille*, «que sin discutir los afortunados resultados obtenidos por sir Félix Semon, consideraban legítimo tener en cuenta las estadísticas de otros cirujanos igualmente competentes, y que son inquietantes para los partidarios de la tirotomía»; y después de recordar las opiniones de Gluck y de M. Mackenzie, favorables para la laringuectomía total, citaban mi estadística, desfavorable para la tirotomía, como argumento en favor de sus opiniones.

Una nueva réplica de Semon aparece por último en el número de Marzo del mismo periódico citado. Para Semon, los Dres. Le Bec y Real «no *quieren* evidentemente ser convencidos»; cita los trabajos que él ha publicado anteriormente, para demostrar que sus adversarios «ignoran absolutamente los desarrollos modernos de la tirotomía»; y, por último, vuelve á ocuparse de mis estadísticas, en los siguientes términos:

«Yo había hecho alusión á los resultados deplorables obtenidos en la Clínica del profesor Cisneros, y que el Dr. Botella había señalado al Con-

(1) *Annales des maladies de l'oreille*, Mars 1904.

greso Médico Internacional celebrado en Madrid. Decía yo entonces que, falto de detalles, me era naturalmente imposible hacer una crítica profunda sobre los casos en cuestión, pero que yo no dudaba que algo debía ocurrir en España, sea en lo que se refiere á los casos elegidos para el tratamiento por la tirotomía, sea á la manera como la operación había sido hecha. Cuando la misma operación, practicada por dos cirujanos diferentes, da resultados de tal manera contrarios, no se puede explicar la cosa de otra manera. Añade, además, que uno de los incidentes más desagradables causados por estos resultados poco satisfactorios, sería sin duda el hecho de que estos casos figurasen en el porvenir en toda clase de estadísticas, y contribuyesen de nuevo á depreciar el valor de la operación á los ojos de los médicos que no hubiesen tenido la suerte de adquirir experiencia personal en este asunto. Previendo claramente el efecto perjudicial que estas operaciones desgraciadas deben producir en las estadísticas generales, declaro, añadía, que nunca habría soñado que fuese posible, ó que se le ocurriese á alguien, la idea de servirse de estos casos individuales para contrabalancear los resultados obtenidos por otros cirujanos; y no puedo pensar que los Sres. Le Bec y Real hayan tenido la intención de hablar seriamente cuando nos afirman que las estadísticas del Dr. Botella deben «inquietar» á los partidarios de la tirotomía».

***

Mis aficiones especiales, dentro de la especialidad, al estudio de las cuestiones referentes al cáncer laríngeo, de las que me he ocupado en algunos trabajos, habiendo practicado, además, un número ya crecido de toda clase de intervenciones quirúrgicas para su tratamiento, me hicieron seguir con particular interés la polémica que antecede, sin sospechar en un principio que mi estadística de tirotomías, dada á conocer por mi jefe de Clínica, el Dr. Botella (como parte de la estadística general de las operaciones practicadas en la Clínica por el tratamiento del cáncer laríngeo), al XIV Congreso Internacional de Medicina (1), fuese una verdadera manzana de la discordia entre los polemistas.

Tan interesante consideraba yo el tema debatido, que, aun antes de conocer las apreciaciones del Dr. Semon respecto á mi estadística, ya había pedido á Londres el número del *British medical journal* en el que se publicaban las actas de las sesiones del Congreso de Swansea, cuando llegó á mis manos el número de Marzo de los *Annales des mal. de l'oreille*, que contenía un extracto bastante completo del referido Congreso, y en el que se publicaba además el último artículo anteriormente citado del Dr. Semon; es decir, los dos trabajos en que el cirujano de Londres se ocupa de mi modesta estadística en los términos que he referido, y que me obligan á intervenir en la polémica, tanto por cortesía al laringólogo inglés, como por la convicción de que cada uno debe aportar al esclarecimiento de asunto de tanta importancia los resultados de su propia experiencia, siempre dignos de tenerse en cuenta, aun cuando otra cosa crea el doctor Semon, por más que se trate de personalidad tan modesta como la mía.

Voy, pues, á contestar al Dr. Semon proporcionándole los datos que necesita para hacer la *crítica profunda* de mis casos, y procuraré demostrar el fundamento de las conclusiones que el Dr. Botella expuso ante el Congreso de Medicina de Madrid, y que por cierto se apartan tanto de los exclusivismos del Dr. Semon como de los Dres. Le Bec y Real.

***

A dos causas atribuye el Dr. Semon los resultados *deplorables* de las tirotomías por mí practicadas: ó los casos han sido mal elegidos, ó la operación ha sido defectuosa. Expondré sucesivamente los principios que me

(1) Resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer de la laringe. — Estadística de las operaciones practicadas en la Clínica del Dr. Cisneros por el Dr. D. Ernesto Botella, jefe de servicios de la Clínica. *Boletín de Laringología*, tomo III, pág. 180.

han guiado en la elección de los casos y la técnica que he empleado, citando después los resultados de cada caso.

1.º—*Elección de los casos.*

«Hasta el mes de Mayo de 1886—dice el Dr. Semon en uno de sus trabajos (1)—jamás he aconsejado la operación radical en casos de afección maligna de la laringe». La insistencia de uno de sus enfermos, el difunto M. Montagu Willans, le obligó á practicar en él por vez primera la operación radical; y en vista del satisfactorio resultado obtenido en este caso, cambió de actitud, aconsejándola y practicándola desde entonces.

Más afortunado en este asunto que el Dr. Semon, he tenido la suerte de no cambiar como él de opinión, pues desde el principio de mi práctica laringológica he sido decidido partidario de la operación radical en los tumores malignos de la laringe, y sigo desde entonces pensando de la misma manera. Mi primera intervención fué una tirotomía por epitelioma córneo en un enfermo que vive todavía después de catorce años; pocos meses después hice una laringuectomía total por epitelioma, viviendo el enfermo trece meses; y sucesivamente he practicado desde aquella época todos los procedimientos operatorios aconsejados en estos casos, desde la avulsión endolaríngea hasta las laringuectomías totales y parciales, faringotomías infrahioideas (Malgaigne) y transhioídeas (Vallas), y tirotomías. Es decir, que si mi criterio ha sido invariable al reconocer la necesidad de la intervención operatoria en los casos en que ésta era racionalmente posible, nunca, en cambio, he sido exclusivista en la elección del procedimiento, ni he llevado al operar una idea preconcebida, aceptando ó rechazando sistemáticamente una operación determinada. El examen de las condiciones especiales de cada caso es el que me ha servido constantemente de fundamento para decidir si era ó no posible la intervención, ó para elegir después el procedimiento más adecuado cuando la intervención estaba indicada, y ateniéndome siempre en esta elección al siguiente principio fundamental: he considerado como condición primordial la extirpación tan completa como fuera posible de la neoplasia, aunque para ello fuera preciso sacrificar todo el órgano; y, cumplido este fin, he tratado de evitar toda mutilación innecesaria, procurando conservar lo más intactos posible tanto el órgano como la función.

De acuerdo con este principio, he hecho una clasificación de tumores desde el punto de vista del tratamiento, teniendo principalmente en cuenta su asiento anatómico y su mayor ó menor extensión, y procediendo en caso de la siguiente manera:

1.º Tumores pediculados situados en el borde de una cuerda vocal, y que no impiden los movimientos de la cuerda, ó que al menos no la paralizan por completo. Tratamiento endolaríngeo.

2.º Tumores implantados en toda ó la mayor parte de una cuerda vocal, con parálisis completa de la misma. Tirotomía.

3.º Tumores extendidos en mayor ó menor extensión á una mitad de la laringe. Extirpación parcial de laringe: hemilaringuectomía.

4.º Tumores de la epiglotis ó vestíbulo laríngeo. Faringotomía infrahioídea, ó, mejor aún, la operación de Vallas.

5.º Tumores que ocupan ambos lados de la laringe. Laringuectomía total.

6.º Tumores que han determinado una infección ganglionar, sea cualquiera la extensión del tumor. Tratamiento paliativo.

2.º—*Técnica de la tirotomía.*

He aquí la técnica que he seguido en los casos citados por el doctor Botella.

(1) *The Lancet*, 1894.

Desde dos ó tres días antes de la operación se practica la desinfección de la boca y primeras vías respiratorias por medio de colutorios y pulverizaciones frecuentes de una solución de ácido salicílico al 2 por 1.000.

Cloroformización; desinfección del campo operatorio.

Incisión vertical y en la línea media del cuello, extendida desde el nivel del hoiodes al del tercer anillo traqueal: sección de partes blandas, hemostasia.

Separación del istmo tiroídeo, bien hacia arriba ó hacia abajo, según su posición, por medio de ganchos. Incisión de dos anillos traqueales.

Se introduce una cánula Trendelemburg previamente esterilizada, y se insufla el tubo de goma que la rodea. Se suspende unos minutos la operación hasta que la respiración se normaliza, y se sigue la cloroformización á través de la cánula con el aparato del Dr. Redondo (1).

Punción con un bisturí de la membrana tirohioídea, é introducción de la cizalla por el ojal, haciendo un corte vertical y lo más exactamente posible en la línea media del cartílago tiroides. Se incinde verticalmente la membrana cricotiroídea, y se completa la sección de la mucosa laríngea.

Separación de las dos láminas tiroídeas con ganchos romos, é introducción rápida en la tráquea de una ó más bolas de gasa esterilizadas, destinadas á hacer un taponamiento supletorio por si se rompiese el saco de goma de la cánula, y que además absorben la sangre que cae al fondo de la herida; el fiador ó fiadores de estas bolas se colocan en el ángulo inferior de la herida.

Se practica la anestesia de la mucosa laríngea por medio de torundas de algodón empapadas en solución de cocaína al 1 por 10, hasta la abolición de los reflejos.

Se separan nuevamente las láminas tiroídeas, y se coloca en la faringe una gruesa torunda de gasa para evitar que la saliva inunde la cavidad laríngea en cada movimiento de deglución del enfermo.

Se deseca bien el campo operatorio (en las últimas tirotomías he aplicado la adrenalina cuando ha sido necesario), y se aprecia exactamente la extensión de la neoplasia (que suele ser más extensa de lo que el examen laringoscópico parecía indicar), empleando para ello un buen foco de luz artificial reflejada por el espejo frontal.

Con un bisturí de lámina pequeña se practican las siguientes incisiones: una vertical, en la parte posterior de la laringe; dos horizontales y paralelas entre sí, desde la primera incisión hasta el borde del cartílago, una por debajo y otra por encima del tumor; y otra, si es preciso, en el mismo borde del cartílago. El tumor queda inscrito en un cuadro, cuyos límites exceden de los del tumor *centímetro y medio cuando menos*. Estas incisiones *profundizan hasta el cartílago*.

Nuevas aplicaciones de cocaína, como anestésico y como hemostático, y disección del tumor con los tejidos sanos incluídos en el cuadro, *hasta dejar el cartílago al descubierto*.

Raspado del cartílago para separar los restos de tejidos blandos que pudieran quedar adheridos al mismo, y cauterización de la superficie cruenta con cloruro de cinc al 10 por 100.

Se extraen las torundas de gasa faríngeas y traqueales, y se sustituyen las de la tráquea por otras limpias. Se colocan las almohadillas de gasa esterilizada y iodoformizadas, llenando con ellas la cavidad laríngea, y se aplican por sus bordes las láminas tiroídeas, dando salida á las tiras de gasa, fiadoras de las torundas y almohadillas por el ángulo inferior de la herida. De esta manera quedan éstas perfectamente sujetas sin necesidad de suturarlas á los tejidos blandos, como hace Gluck.

El ángulo superior de la herida se sutura, así como también la porción de la misma situada al nivel del cricoides, quedando de esta manera

---

(1) Nueva técnica ideada por el Dr. Redondo para la anestesia clorofórmica en las operaciones laríngeas.—*Boletín de Laringología*, t. II, p. 86.

dos regiones sin suturar: la traqueal, en la cual está colocada la cánula, y la tiroídea, extendida desde el ángulo superior del tiroides al borde superior del cricoides; ésta se utiliza para las curaciones sucesivas.

Después de colocar el apósito conveniente, queda terminada la operación, y se traslada al enfermo á su cama. Esta debe tener los pies levantados por medio de unos trozos de madera de 20 centímetros de altura, de manera que forme un plano inclinado, á fin de que el enfermo tenga la cabeza más baja que el resto del cuerpo, y se evite que las secreciones bucales vayan á parar á la herida.

Se siguen las pulverizaciones de ácido salicílico, y á las veinticuatro horas se da de comer por primera vez al enfermo, inyectándole leche fría con una sonda esofágica esterilizada.

El día quinto se levanta el apósito y se extraen todas las gasas del conducto laringo-traqueal. Se explora minuciosamente con la luz reflejada por el espejo frontal, y si se encuenta aséptica la herida y no existe nada sospechoso que extirpar, se sutura la herida, sustituyendo después la cánula Trendelemburg por una ordinaria.

Dos ó tres días después se prueba si el enfermo deglute bien; y en caso afirmativo, se suspende la alimentación por medio de la sonda, y se quita la cánula traqueal.

3.º—*Observaciones de las ocho tirotomías con resección de partes blandas consignadas en el trabajo del Dr. Botella.*

Observación 1.ª—H., de sesenta y cinco años. Epitelioma situado en la comisura anterior de las cuerdas vocales, ocupando los dos tercios anteriores de la cuerda derecha, y el cuarto anterior de la izquierda. Operado el 26 de Septiembre de 1900. Recidiva á los seis meses.

Obs. 2.ª—H., de cincuenta y nueve años. Epitelioma de la cuerda vocal derecha. Operado el 6 de Diciembre de 1900. Recidiva á los dos años.

Obs. 3.ª—H. Cuarenta y ocho años. Epitelioma situado en la cuerda vocal izquierda. Operado el 15 de Enero de 1901. Al año no se había reproducido. Desde aquella época no hay noticias suyas.

Obs. 4.ª—H. Cuarenta y cinco años. Epitelioma cuerda vocal derecha. Operado el 5 de Septiembre de 1901. Recidiva á los ocho meses.

Obs. 5.ª—H. Cincuenta y siete años. Epitelioma cuerda vocal derecha. Operado el 30 de Septiembre de 1901. Recidiva á los cuatro meses.

Obs. 6.ª—H. Cincuenta y cinco años. Epitelioma cuerda vocal izquierda. Operado el 17 de Octubre de 1901. Muere por cáncer del estómago á los dos meses.

Obs. 7.ª—H. Cincuenta y seis años. Epitelioma cuerda vocal derecha. Operado el 5 de Noviembre de 1901. Sin noticias después de un año.

Obs. 8.ª—M. Cuarenta y dos años. Epitelioma de la cuerda vocal izquierda. Operada el 30 de Noviembre de 1901. Recidiva al mes. Hemilaringuectomía el 23 de Enero de 1902. La enferma no tiene hasta ahora recidiva (veintiocho meses).

***

Como puede verse por lo expuesto, la selección de los casos se ha hecho ateniéndose á una clasificación aún más rigorosa que la seguida por el Dr. Semon, puesto que el cirujano inglés tirotomiza casi sin excepción todos los cánceres intralaríngeos, y yo he restringido las indicaciones de la tirotomía, operando sólo aquellos casos en que el tumor estaba muy limitado y existían todas las probabilidades racionales de hacer una extirpación completa.

Desde el principio de mi práctica laringológica consideré la tirotomía como la operación ideal en el tratamiento de los tumores malignos de la laringe; porque siendo sin disputa el procedimiento que da el mínimo de mortalidad, es el que menos altera el funcionamiento de la laringe; y si no le pude realizar muchas veces en aquella época, fué debido á que en-

tonces, más que ahora, acudían los enfermos al especialista cuando el tumor había adquirido un desarrollo incompatible con la tirotomía; pero como á excepción de la primera tirotomía que realicé, y de que antes hice mención, todas las demás que por aquel entonces operé fueron seguidas de recidiva en breve plazo, disminuyó considerablemente mi entusiasmo por ella, con tanto más motivo cuanto que con la laringuectomía parcial obtenía al mismo tiempo resultados muy superiores.

Sin embargo, la lectura de nuevos trabajos del propio Dr. Semon, de Moure, Chiari, Botey y otros que defendían la tirotomía, me animaron nuevamente á practicarla; y sospechando que tal vez las recidivas que yo había tenido anteriormente podrían depender de algún defecto de técnica, puse particular empeño en cumplir hasta con exceso las condiciones recomendadas por los defensores de la tirotomía, y puedo asegurar al Dr. Semon que en las ocho tirotomías mencionadas se han cumplido todas las prescripciones que él mismo ha seguido en sus tirotomías.

Los resultados esta vez, y á pesar de los perfeccionamientos de la técnica, han sido, como antes, poco satisfactorios, y menos aún si se los compara como entonces con los obtenidos simultáneamente con las extirpaciones parciales de laringe; pues si bien ésta nos ha dado una mortalidad operatoria mayor, en cambio las recidivas han sido mucho menos frecuentes, según demuestran las siguientes cifras de mi estadística de los años 1899 al 1903, que es la que el Dr. Botella dió á conocer al Congreso de Medicina de Madrid:

	Casos.	Recidivas.	Curados.	Muertos.
Tirotomías.....	8	6	2	»
Resecciones parciales de laringe.....	8	»	4	4

Debemos advertir que consideramos como curados cuatro casos de resección parcial de laringe, porque hasta ahora (Mayo de 1904) no han recidivado, contando diez y seis, veintitrés, treinta, y cuarenta y tres meses desde que fueron operados.

Antes de pasar adelante, y para fijar bien los términos de la discusión, conviene aclarar dos conceptos en los que al parecer no estamos conformes el Dr. Semon y yo, y quizás den la clave, al menos en parte, de las diferencias existentes entre sus estadísticas y las mías.

El primero se refiere al valor de la palabra *tirotomía:* para el Dr. Semon consiste la tirotomía en la abertura de la laringe con extirpación de la neoplasia, y *resección*, según los casos, de *fragmentos mayores ó menores de cartílago;* mientras que yo considero como tirotomías únicamente las intervenciones en que *sólo se han extirpado tejidos blandos, sin resecar porción alguna de cartílago.*

El segundo concepto es el de la aplicación de la palabra *curación:* el Dr. Semon considera curados á aquellos casos que no han recidivado *al año* de operarles; y yo creo que antes de los dos años, y á veces más, no es posible asegurar que un enfermo esté curado.

Estas diferencias no son puras distinciones escolásticas cuando se trata de establecer una comparación como el Dr. Semon ha hecho entre los resultados de sus estadísticas y las mías, sino que tienen grandísima importancia, como me propongo demostrar.

Si se añaden á mis ocho tirotomías las ocho resecciones parciales de laringe y se consideran *curados* todos los enfermos que al año no han tenido recidiva, como ha hecho el Dr. Semon en su estadística, tendremos modificada mi estadística en la siguiente forma:

16 tirotomías. { 4 muertes operatorias (una accidental).
7 curaciones.

ó sean curaciones: 44 por 100;

resultado que quizá no considere ya tan *deplorable* el Dr. Semon; y si se quieren comparar únicamente los resultados de las *tirotomías con resección de partes blandas*, elimínense de la estadística del Dr. Semon las *tirotomías con resección mayor ó menor de cartílago* (pues á mí me faltan detalles para hacerlo), y es probable que aumente la proporción de recidivas, pues sólo en el trabajo publicado por el Dr. Semon en el *The Lancet* en 1894, y traducido el año 1895 en la *Revue* de Moure, se encuentra la siguiente estadística, que prueba, de conformidad con mis opiniones, que la resección laríngea da más curaciones que la tirotomía.

Estadística del Dr. Semon (1894):

	Casos.	Curaciones.	Muertos.
Tirotomía con resección de partes de cartílago	4	4	»
Tirotomía con ablación de partes blandas solamente	4	2	2

La observación 8.ª de mi estadística es un caso sumamente demostrativo desde este punto de vista. Se trataba de una señora, la Vizcondesa de....., á quien vi por vez primera á principios de Octubre de 1901, con un epitelioma de la cuerda vocal izquierda perfectamente limitado á su parte media; cuando pudo operársela (el 30 de Noviembre), después de sometido un fragmento del tumor al examen microscópico, hecho por el Dr. Cajal, ya se había extendido la neoplasia á toda la cuerda vocal.

Pudo, sin embargo, hacerse una extirpación en las condiciones más favorables, escindiendo con el tumor una extensa faja de tejidos sanos; y á pesar de esto, recidivó el epitelioma un mes después. El 23 de Enero se hizo una extirpación parcial de laringe, y ya fué preciso resecar no sólo la lámina tiroidea izquierda, sino también el tercio anterior de la derecha: tan rápido y extenso había sido el crecimiento del tumor. Pues bien: hasta ahora, ó sean veintiocho meses después, continúa la enferma en perfecto estado de salud y sin señales de recidiva.

Y conste que al hablar de mi estadística me he referido únicamente á los casos publicados por el Dr. Botella, por ser los que el Dr. Semon ha hecho objeto de sus críticas; pues entre mis operados anteriores cuento en la actualidad con algunos casos de resecciones parciales de laringe, curados después de siete, seis, cinco y medio, y cinco años, y que no cito con detalles por no hacer más largo este trabajo.

Por lo demás, según el mismo Dr. Semon confiesa en su comunicación al Congreso de Swansea, la tirotomía se mira actualmente con universal desconfianza, y sólo la defienden algunos, aunque pocos, especialistas; pues en Alemania, por ejemplo, tiene muchos partidarios la avulsión intralaríngea, y en América se cree por algunos que en cuanto se ha hecho el diagnóstico de cáncer debe extirparse en seguida toda la laringe y los vasos linfáticos que de ella dependen; lo cual prueba que la tirotomía tiene sus partidarios y sus detractores apasionados, sin tener en cuenta que esta operación, como todas, tiene sus indicaciones y contraindicaciones, y que nada hay más funesto en medicina que el exclusivismo.

Defiende también el Dr. Semon la extraña doctrina de que mis tirotomías no deben figurar en las estadísticas generales, por el temor de que contribuyan á depreciar el valor de esta operación á los ojos de los médicos que no tengan experiencia personal en el asunto. ¿Es que el cirujano inglés pretende que sólo se consignen los resultados afortunados y no los adversos? ¿Y es así como va á enseñar el valor de la tirotomía á los médicos que no tienen experiencia personal en ella?

Mi estadística tendrá todos los defectos que el Dr. Semon quiera, pero tiene una cualidad que no es muy común: la sinceridad. ¡Ojalá pudiera decirse de todas lo mismo!—(Del *Boletín de Laringología, Otología y Rinología.*)

Sobre la fiebre de Malta, por el Dr. F. A. Risquez.—Nuestro estimado compañero el Dr. D. Fernando Junco, de Málaga, nos ha favorecido con la carta siguiente:

«*Sr. Dr. D. F. A. Risquez.*

Muy estimado compañero: He tenido el gusto de leer en la *Revista de Especialidades Médicas*, de Madrid, un trabajo de usted presentado al XIV Congreso Internacional de Medicina, sobre la *Fiebre del Mediterráneo;* y deseando contribuir también al estudio de tema tan interesante para los que ejercemos en estas costas del gran mar sud-europeo, me propongo darle en pocas palabras un juicio más, pobre por ser mío, pero lleno de sinceridad y buen deseo.

De la historia de esa entidad patológica nada sé, y bastan las citas que usted hace, para las cuales ya habrá revuelto algunos papeles; y pasamos á la sintomatología, que dice usted es muy vaga ó pobre, cuando yo la creo, al contrario, tan rica, que no se atreven con ella los autores de libros, firmantes de artículos de periódicos, ni oradores de Academias médicas. Y es que nunca el observador está cierto de hallarse en presencia de la fiebre de Malta sino cuando ya ésta ha terminado por la curación, pues si termina por la muerte se atribuye esta última á tuberculosis ú otra enfermedad; y si se hace la autopsia, como se encuentran lesiones inflamatorias de tal ó cuál aparato, á ellas se refiere el diagnóstico, y no á la fiebre de Malta.

Sin pretender entrar en una descripción completa, voy á decirle lo que recuerdo de mis observaciones.

La enfermedad ataca, en general, á personas acomodadas, que comen bien, toman vino, trabajan intelectualmente, ó no trabajan. Pocas veces ataca á los niños; un enfermo, á quien actualmente visito, tiene quince años, y es de los más jóvenes que he visto con esa enfermedad.

Además de los síntomas de la fiebre, inapetencia, malestar, sed, somnolencia, etc., casi todos los enfermos tienen al principio dolores de cabeza intensos, hacia el medio del cráneo, en los músculos del vientre, en la cintura y otras regiones; vómitos muy persistentes; en algunos enfermos, alteraciones secretorias, sequedad de garganta, lengua cargada, etc. Más tarde aparecen los síntomas de gran altura; y con tal diversidad, que raras veces se acierta con el diagnóstico exacto de la fiebre del Mediterráneo, sobre todo si el enfermo sucumbe. Ya es uno que, después de tratamientos variados, sin plan ni concierto, ha presentado tos, ronquera, estertores, esputos sangrientos y hemoptisis, que convencen al más incrédulo de que se trata de una tuberculosis. Ya es otro en quien se explica la fiebre por una dilatación de estómago, ó una infección gastrointestinal, con síntomas inequívocos de tal. Ya es una neuralgia intensa, como una ciática, ó un ataque de parálisis con insulto apoplético y demás fenómenos de una alteración grave de los centros nerviosos, hasta no dejar duda de ello. Ya es un crecimiento del hígado, con ictericia, dolores en el hipocondrio derecho y propagación al hombro, y los síntomas de un absceso hepático, que cualquiera afirmaría, si la exploración más detenida, ó la marcha del mal, no lo desmintiera. Ya son, en fin, inflamaciones renales, con ó sin albuminuria, endocarditis, pericarditis, toda clase de afecciones gastrointestinales, y siempre la fiebre. A cada nuevo aspecto, nuevo diagnóstico y nuevo tratamiento: localizaciones que terminan, accidentes que pasan, peligros que desaparecen, congestiones, hemorragias, inflamaciones, todo muy largo, en medio de una fiebre que dura meses y meses, hasta que también termina, dejando generalmente dolores, que recorren los tejidos fibrosos, las vísceras, las articulaciones, con un carácter de movilidad que, aun después de curado el individuo, le deja con propensión á nuevos ataques.

Eso es la fiebre de Malta, con todas las variantes que se quiera dar al cuadro; enfermedad que era poco frecuente, y ahora la hay hasta en Ron-

da, lugar frío y poco húmedo, como hay la gripe, que es otra enfermedad de la cual no sé yo se hayan hecho estudios desde el verdadero punto de vista.

Ahora le diré, en párrafo aparte, mi opinión sobre la naturaleza de la fiebre de Malta: ésta, como la gripe, pudieran ser, y creo yo que son, manifestaciones del artritismo, ó, por lo menos, clínicamente hay que considerarlas como tales, si se quiere tratarlas con algún acierto.

Se ha dicho que hay una fiebre reumática aguda, ó reumatismo poliarticular sin dolores. Jaccoud cita el hecho, pero no le concede los honores de la discusión. Pues yo creo, y creerán muchos de los que se fijan en los hechos prácticos, que la *fiebre del Mediterráneo* es una fiebre reumática aguda, no sin dolores, sino con dolores articulares tardíos, seguros, si la enfermedad no mata antes al enfermo en los primeros períodos, cuando sus localizaciones se fijan en las vísceras.

El primer caso que recuerdo recayó en una persona de mi familia, asistida por varios compañeros. Cuando llegué yo, avisado, no para tratar la enfermedad, sino para que viese viva á mi hermana, expuse mi parecer, y los médicos me oyeron con respeto, pero sin fe. El tratamiento produjo su efecto, y la enferma vive, pero con mil achaques reumáticos y algo grave en los orificios cardíacos. Después he visto muchos otros, uno muy notable, con congestiones, hemoptisis, ictericia, sin un solo dolor articular hasta pasado un año, que se quitó la fiebre y vinieron los dolores articulares agudos, con cojera, necesidad de muleta, etc., que duraron otro año, quedando todavía algunos dolores articulares crónicos característicos.

No recuerdo un solo caso de esta fiebre que no haya tenido todo el cuadro más ó menos grave de congestiones viscerales, y todos, sin excepción, terminaron con dolores articulares.

He cumplido con dar á usted mis impresiones sobre un asunto de grande interés. Si mi tardanza en escribirle hace aparecer fuera de tiempo esta carta, ó las ideas en ella consignadas carecen de valor, échela usted al cesto, y en paz.

Su amigo y compañero afectísimo,

FERNANDO JUNCO».

Acojo las anteriores líneas con el interés y respeto que merecen para mí las opiniones de los compañeros, cuando en ellas va toda la buena fe y el deseo de adelanto que han de caracterizar á los trabajadores de la ciencia; y en el caso presente me complazco en hacerme eco de las ideas transcritas, porque aunque no me atreva á hacerlas mías, acaso haya en el fondo de ellas, por extrañas que parezcan, una verdad por comprobar.

Voy á explicarme; pero debo antes aclarar lo que parece una disparidad entre el Dr. Junco y yo, cuando en realidad es una concordancia perfecta, al apreciar la sintomatología de la fiebre del Mediterráneo. Dije yo que era vaga y pobre, porque no tiene un solo síntoma ni un cuadro sintomático que le sea peculiar. Su sintomatología es muy rica, es verdad, si se atiende al inmenso número de fenómenos que en el curso de la enfermedad en cuestión se pueden observar; pero la he llamado pobre, porque ninguno es de ella: todos son prestados por las complicaciones; todo es común, móvil, vago, puesto que conduce, ya á un diagnóstico, ya á otro y otro, durante días, semanas y meses. En tan extenso campo todo es hojarasca; nada vale para un diagnóstico si no es esa misma vaguedad, como dije en mi estudio aludido.

Sin embargo, la fiebre del Mediterráneo puede y debe ser diagnosticada desde el primer decenario, y éste ha sido el punto primordial de mi tendencia al presentar mi comunicación al XIV Congreso Internacional de Medicina. *Ningún médico tiene hoy excusa si antes del décimoquinto día de iniciada la fiebre de Malta no la ha diagnosticado con entera precisión.*

¿Tendré que repetirlo? Pues lo diré. La fiebre de Malta no puede ser confundida en los primeros diez días sino con:

La fiebre sintomática de procesos inflamatorios ó fímicos, que se distinguen por el dolor local y los demás signos físicos y funcionales de una localización flogótica;

Las fiebres eruptivas, el tifus exantemático y la fiebre amarilla, que antes del tercero ó quinto día pueden y deben ser diagnosticados sin dubitación;

La gripe y el dengue, que tienen caracteres bastantes para ser reconocidos en sus localizaciones viscerales, en sus expresiones dolorosas, en la astenia nerviosa y en el carácter de difusión epidémica;

Las fiebres palustres, que, sea cual fuere su forma, pueden y deben ser diagnosticadas desde muy temprano, si no por sus caracteres especiales, en caso de duda, por el examen de la sangre y la piedra de toque de la quinina;

Las tifoideas y paratifoideas ó pseudotifoideas (1), cuyo diagnóstico es ya posible al décimo día por la suero-reacción.

Hechas estas exclusiones, puede decirse que toda fiebre continua que no corresponda á ninguno de los cinco grupos señalados, es una fiebre prolongada (2), fiebre del Mediterráneo, fiebre ondulatoria (Hughes), ó como quiera llamársele. Y si no bastare, queda el signo patognomónico, la reacción aglutinante del *micrococcus melitensis* por el suero de los enfermos; no se necesitaría nada más para acabar con esas vacilaciones, dudas y saltos de uno en otro diagnóstico y de una medicación en otra, á que alude con sobra de motivo nuestro compañero muy distinguido el Dr. Junco.

Y con esto llegamos al punto esencial de la comunicación origen de las presentes líneas: la naturaleza ó esencia de la fiebre del Mediterráneo. ¿Será ésta una manifestación del artritismo? ¿Se tratará verdaderamente de una fiebre reumática? ¿Será todo asunto de una combustión orgánica imperfecta, de un acúmulo de residuos albuminoídeos incompletamente transformados, de una diátesis ácida?

¡Quién sabe! Los que hasta ahora han escrito sobre este tema consideran la fiebre del Mediterráneo como una *infección debida al micrococcus melitensis,* descubierto y aislado por Bruce, buscado y encontrado por los observadores después de él. Yo me he apartado de esta concepción: como aplicación de mi idea general, que las infecciones no son efecto de los microbios, sino engendros del organismo alterado en su funcionamiento fisiológico por acciones físicas ó químicas; no la resultante de una intoxicación por venenos que los microbios fabrican, sino efecto de la formación, las más veces endógena, de principios tóxicos, que también pueden ser fabricados fuera é introducidos luego; en ese modo de concebir las infecciones, he dicho que la fiebre del Mediterráneo es una infección desarrollada por virtud de determinadas condiciones de localidad, auxiliadas por causas personales, cuyo mecanismo se mantiene hasta hoy tan desconocido como la causa misma, en esta y en otras muchas otras infecciones. El hecho de que en tal ó cuál estado infectivo se encuentre siempre determinado microorganismo, no demuestra, á mi ver, que ese microbio sea la causa inmediata de la infección, sino que ésta, ya producida por causas combinadas de origen exterior é interno, constituye un terreno apto para el desarrollo y evolución de tal microbio, ó mejor dicho, de tal forma, apariencia ó variedad de un parásito microbiano.

Ahora bien, ¿habrá dado el Dr. Junco en el *quid* de la cuestión? ¿Será esa infección—la fiebre del Mediterráneo—una de tantas fases de ese proteo diatésico, que así da la litiasis como la diabetes; una dermatosis como

---

(1) He dado este último nombre á las fiebres colibacilares, estudiadas en Caracas por el doctor Mosquera y por mí, expuestas en trabajos presentados al Colegio de Médicos en 1895. y descritas más tarde en Europa bajo el nombre de paratifoideas.

(2) Nombre con que la designamos desde nuestros primeros trabajos en 1883.

la gota, el asma ó la jaqueca; un dolor, una inflamación, una fiebre, y tantas y tantas otras apariencias distintas de una misma condición morbosa, el artritismo?

No lo aseguro yo, pero tampoco lo niego. Allá va la idea, para que la recojan los observadores y la comprueben los laboratorios. Si se comprueba que todo atacado de la fiebre de Malta es un artrítico, ó que, á lo menos, mientras dura su enfermedad existen los caracteres de la diátesis ácida, que en esos enfermos se eslabonan, alternan ó se suceden las manifestaciones artríticas, podrá encontrar confirmación el juicio del clínico inteligente que me hace volver sobre el asunto. Si no se encuentra constantemente asociado el artritismo y la fiebre de Malta, habrá que buscar por otro lado la naturaleza de esta infección, que ingenuamente he declarado desconocida en su origen. Así ha de ser siempre: la clínica, sorprendiendo los hechos; el raciocinio, avanzando explicaciones; el laboratorio, confirmando ó rechazándolas con pruebas positivas.—(De la *Revista de Especialidades Médicas*.)

Los rayos N: su investigación en algunas afecciones del sistema nervioso, por el Dr. Gilbert Ballet, *Profesor agregado á la Facultad de Medicina de París, Médico del Hotel Dieu*.—Traducción del Dr. Gonzalo Aróstegui.—Nadie ignora el descubrimiento reciente que se debe al profesor Blondlot, de Nancy. Si se rodea un foco de luz, una llama de gas cubierta de un quemador Auer, por ejemplo, ó una lámpara eléctrica, sobre todo las del sistema de Nernst, de un manguillo metálico opaco, constituído en su totalidad ó en parte de su contorno de una lámina de aluminio, ese manguillo que intercepta parte de los rayos luminosos perceptibles por la vista, deja pasar otros rayos invisibles, pero que poseen la propiedad que los revela de exagerar el brillo de los cuerpos fosforescentes, como lo es una pantalla cubierta de sulfuro de calcio. A esos rayos ha propuesto Blondlot que se les dé el nombre de *Rayos N*.

Poco tiempo después de este descubrimiento, el profesor Charpentier, de Nancy, comprobó que los cuerpos vivos emiten al nivel de los músculos, de los nervios y de los centros nerviosos, rayos análogos á los *Rayos N*. Natural era creer que si los hechos enunciados por Charpentier eran exactos, el estudio de los *Rayos N* emitidos por los músculos, los nervios y los centros nerviosos enfermos, nos proporcionarían algunos datos interesantes. Esto es, efectivamente, lo que me han permitido observar las pesquisas que sigo hace algún tiempo, y de las cuales quiero dar á conocer algunos resultados.

La primera condición para realizar útilmente pesquisas de este orden es poseer una buena técnica, que permita ver lo mejor posible lo que puede verse, y que nos ponga al abrigo de las causas de error, numerosísimas en las observaciones de que se trata.

El material de estudio comprende: 1.°, el individuo en que deba hacerse la observación; 2.°, la pantalla fosforescente que sirve para descubrir los *Rayos N*; 3.°, el lugar en que tenga lugar la observación.

Del individuo no diré nada por el momento, porque al fin me ocuparé algo de él.

En cuanto á la pantalla, todos los observadores que hacen investigaciones en el orden que nos ocupa (M. Charpentier, M. d'Arsonval, M. Broca) sírvense de un cartón negro, flexible ó resistente, sobre el cual se dispone una capa *poco espesa* de sulfuro de calcio muy puro, diluído en colodión. Pueden, por otra parte, variarse al infinito la disposición y las dimensiones de la pantalla, según la naturaleza de la observación que se quiera realizar: pantalla estrecha con mancha única, de dos á tres centímetros cuadrados de extensión; pantalla ancha, de 10 á 12 centímetros, sobre la cual se reúnen en una misma línea recta ocho, diez, doce manchas pequeñas de sulfuro. He adoptado preferentemente, por

razones que expondré dentro de poco, la disposición siguiente, empleada ya por M. Charpentier: en la extremidad de un tubo de plomo de cinco á seis centímetros de longitud y de un centímetro de diámetro (la circunferencia del tubo importa poco) se coloca una delgada pieza de corcho, sobre la cual se extiende el sulfuro de calcio mezclado al colodión. Habiéndome parecido preferibles las dimensiones muy pequeñas de la pantalla para las investigaciones que he emprendido, cubro la extremidad del tubo correspondiente al sulfuro con un pedazo de corcho, en el cual practico una hendidura de dos milímetros de ancho por cinco ó seis de largo; de este modo obtengo una superficie lumínica de poca extensión, tallada en forma de rectángulo, de bordes regulares, y que me ha parecido adaptarse particularmente bien para esas investigaciones delicadas. Antes de servirse de la pantalla, cualquiera que sea, preciso es tener cuidado en exponerla durante algunos instantes á la luz del día ó á la de una lámpara, con preferencia una lámpara eléctrica, á fin de hacerla fosforescente.

La observación tiene lugar en una cámara oscura. Es preferible que las paredes no dejen pasar la luz, aunque con un poco de costumbre se llegan á hacer comprobaciones minuciosas en una pieza que no esté completamente al abrigo de los rayos del exterior.

La retina en la oscuridad se adapta más ó menos pronto, según los individuos, á las condiciones de la observación.

Muchas veces he comprobado que un observador que ha entrado al mismo tiempo que yo en la cámara oscura no distinguía la pantalla, cuando para mi vista tenía ya un brillo intenso; será siempre preferible no proceder al examen sino después de haber estado unos instantes en la cámara oscura, pero no he observado que sea necesaria una larga permanencia anterior. En lo que me concierne, no me ha parecido que tenga ventaja alguna prolongar esa permanencia previa más de cinco ó seis minutos.

Es necesario, antes de fiarse de la propia observación, familiarizarse con la técnica, que no debe olvidarse que es delicada. No se pueden percibir al primer momento, y sin previa educación, los soplos cardíacos, y lo mismo ocurre con las variaciones de brillo de los diafragmas fosforescentes. Estas variaciones no son tales que se noten siempre; y sin aprendizaje se expone uno á no distinguirlas claramente ó á atribuir á ciertas variaciones contingentes, de las cuales diré algunas palabras, significación que no tienen.

La pantalla que se emplee no debe exponerse mucho ni muy poco á los rayos luminosos; demasiado fosforescente deslumbra, y poco fosforescente se ve mal. Después de ciertos tanteos se llega con bastante facilidad á encontrar el grado de luz necesario y que más conviene para la observación.

M. Charpentier recomienda no fijar directamente la vista sobre la mancha de sulfuro de calcio, contentándose con percibir el brillo, como se hace con la luz sobre la cual se dirija vagamente la mirada. Paréceme el consejo juicioso; no tiene nada de absoluto; sin embargo, según las dimensiones de la pantalla, la intensidad de su brillo, la susceptibilidad de la vista del observador, cada cual puede variar su procedimiento de observación.

Hay que saber que las modificaciones de brillo no son bruscas; el aumento lumínico es bastante rápido, y su disminución se verifica, por el contrario, lentamente. La rapidez de los fenómenos está, por otro lado, en razón inversa del espesor de la capa de sulfuro de calcio.

Diversas condiciones ó circunstancias son susceptibles de exagerar el brillo fosforescente. Importa conocerlas, á fin de precaverse contra ellas y no atribuir á los rayos N lo que no les pertenece. Debe saberse que el sulfuro de calcio se hace más luminoso bajo la influencia de los movimientos bruscos impresos al cartón que lo sostiene, que las vibraciones del aire producidas por la palabra en alta voz. De allí el mover la pantalla lo menos posible y muy suavemente, y evitar hablar ó dejar hablar á su alre-

dedor durante la observación. Pero hay otra causa de error que puede entorpecer los resultados si no se trata de evitar con cuidado: es el calor; basta colocar detrás de la pantalla fosforescente una probeta de agua caliente, para convencerse del hecho conocidísimo de que las variaciones de temperatura ambiente influyen sobre el brillo del sulfuro de calcio. Por todo lo cual, desde el principio de las pesquisas la preocupación de los que se han dedicado á ellas ha sido buscar medios sencillos ó delicados para ponerse al abrigo de los errores de apreciación que pudieran resultar del aumento del brillo de la pantalla, resultante de su contacto con las tegumentos, más caliente que el aire ambiente. Con este fin se ha propuesto hacer las observaciones en una estufa á 40 ó 45 grados. Pero, además de que esta precaución es poco práctica, es ciertamente inútil, pues se evitan bastante los errores dependientes de la temperatura del cuerpo, por la disposición del tubo de que he hablado. Siendo el aire mal conductor del calor, la pantalla fosforescente situada en la extremidad del tubo no tiene tiempo para calentarse de un modo suficiente para que el brillo de aquélla se modifique mientras dure la observación. He podido convencerme de esto fácilmente por el experimento siguiente: en la extremidad de un tubo de plomo semejante al que sirve para las observaciones, pero algo más largo, se coloca un tapón perforado, en el cual se fija la cubeta de un termómetro médico, de manera que esta cubeta esté á la misma distancia de la otra extremidad del tubo que la pantalla fosforescente del primero. Si se aplica esa extremidad del tubo durante un minuto ó más, ya sobre la piel de una parte cualquiera del cuerpo, ya en contacto del agua á temperatura muy superior á la de los tegumentos, no se nota elevación de la columna termométrica graduada por décimas de grado. Se puede afirmar, por lo tanto, que en las condiciones de la observación la pantalla colocada en la extremidad del tubo no se calienta de modo apreciable, y que el brillo no experimenta variación notable por la temperatura del cuerpo.

Por otra parte, en lo relativo á las investigaciones cuyos resultados expondré después, debo hacer observar que descansan sobre el brillo comparativo del diafragma colocado sobre diversas regiones del cuerpo, que difieren muy poco en su temperatura, para que, excepto en un caso que señalaré, la cuestión de error debida á la temperatura pueda discutirse (1).

Debo también precaver contra causas de error de otro orden, que dependen del observador mismo, y que no son de las más fáciles de evitar. Preciso es saber, primeramente, que cuando se mira una pantalla con sulfuro de calcio percibe la vista alternativas de mayor ó menor brillo, que parecen depender de la retina. Con algún ejercicio se llega pronto á distinguir esas modificaciones de aquellas que dependen de las condiciones ambientes: son mucho menores que estas últimas. Por otra parte, juzgando por mi experiencia personal, á medida que la vista se acostumbra á mirar la pantalla llegan á ser nulas ó, por lo menos, de muy escaso valor.

Preciso es saber también que la pantalla parece más lumínica cuando se hacen esfuerzos por abrir el párpado, asociando á la contracción del elevador la del músculo frontal. Se debe, por lo tanto, evitar ese esfuerzo y tener los párpados solamente entreabiertos.

Por último, la *sugestionabilidad* del individuo es también un elemento que puede entorpecer los resultados. Si se descuenta la modificación de brillo de la pantalla, se expone uno á creer en su realidad, cuando no existe. De igual modo, algunos principiantes en la auscultación del corazón perciben á veces soplos imaginarios. Por esta razón deberá desconfiarse de las observaciones hechas hasta que no se haya adquirido cierta experiencia del procedimiento, y no admitir como reales sino aquellas que

(1) Se han fabricado en estos últimos tiempos pantallas muy sensibles, constituidas por una ancha y delgada lámina de cartón cubierta de una capa uniforme de sulfuro de calcio. Son fácilmente impresionables por el calor, y no pueden servir útilmente para las investigaciones relativas á los rayos N.

sean claras, que se hayan comprobado muchas veces y que en el mayor grado posible se hayan sometido á la comprobación de un segundo observador (1).

Debo señalar también otra causa de error posible, pero de menor importancia: el observador es, por el cerebro, los nervios y los músculos, un vasto foco de emisión de rayos N, y esos rayos son susceptibles, en algunas condiciones, de impresionar la pantalla fosforescente, tanto que pueden atribuirse á las radiaciones del individuo observado efectos que resultan de las radiaciones que proceden del mismo observador. Jamás debe perderse ese hecho de vista, y es fácil evitar el error que de ellos puede resultar con alguna precaución; difundiéndose los rayos prontamente en todos sentidos, basta conservarse á cierta distancia de la pantalla, impresionada muy indirectamente por las variaciones del observador, para que esa ligera influencia trastorne sensiblemente la que resulta de las irradiaciones procedentes del individuo en experiencia, colocado en la cercanía inmediata de la pantalla.

Se conoce ya la técnica; veamos lo que permite comprobar. Hubiera querido presentar los hechos que voy á señalar; pero se comprende, por lo que acabo de decir, que una demostración de ese orden no es posible en un anfiteatro como éste y ante numeroso auditorio. Fácil será, en resumen, realizar las condiciones de observación, por lo menos para los primeros hechos que acabo de señalar: un cartón negro, algunos gramos de sulfuro de calcio, un poco de colodión, y por cámara oscura el cuarto después de haber apagado la luz, son cosas fáciles de procurarse; un amigo cualquiera servirá para la observación; á falta de un amigo, se podrá examinar uno mismo el antebrazo. Pero no se olvide que se necesita una gran paciencia para el aprendizaje necesario.

M. Charpentier ha demostrado que, cuando se pone la pantalla de sulfuro de calcio en relación con los tegumentos que cubren directa ó mediatamente los músculos, los nervios ó los centros nerviosos, la pantalla se alumbra de un modo notable. No pudiendo explicarse esos fenómenos luminosos, ni por los movimientos de la pantalla, ni por las vibraciones del aire ambiente, ni por la temperatura de los tegumentos—precauciones que se han tomado para evitar esas causas de error,—fuerza es atribuirlas á la emisión de rayos especiales procedentes de los órganos subyacentes.

Algunos hechos, entre los que me han parecido más claros y más fácilmente comprobables, fijarán nuestras ideas sobre esta materia.

En lo relativo á las masas musculares, si se transporta la pantalla de una porción de la piel subyacente á tendones ó á huesos, sobre los músculos de la eminencia tenar, ó sobre los flexores del antebrazo en reposo, se percibe un aumento de brillo. Ese brillo, tomadas las precauciones para que no haya movimientos bruscos de la pantalla susceptibles de aumentar los fenómenos luminosos, se pronunciará más si el sujeto contrae los músculos en acción. Esos hechos, muy fáciles de comprobar sobre esos músculos y sobre algunos otros, demuestran que hay emisión de radiaciones al nivel de las masas musculares, y que la emisión es más pronunciada durante la contracción de los músculos. Mientras más se contrae un

---

(1) He tratado en estos últimos tiempos, con el concurso de M. Courtade, de construir pequeños aparatos que permitieran eliminar los errores de apreciación debidos á la auto-sugestión. El problema, fácil de resolver teóricamente, por lo menos en apariencia, lo es menos en la práctica; y los diversos aparatos á que he recurrido se han mostrado defectuosos por diversas causas.

M. Charpentier ha demostrado que los rayos N, recogidos al nivel de los centros nerviosos, de los nervios ó de los músculos, por una placa de cobre, por ejemplo, son susceptibles de ser conducidos hasta la pantalla reveladora, colocada á cierta distancia, por medio de un hilo metálico ó de sencillas hebras vegetales. Concíbese que, utilizando estos procedimientos, se tiene un medio de evitar los errores debidos á la auto-sugestión; el observador que vigila la pantalla puede ignorar de este modo lo que haga otro observador encargado, fuera de la cámara oscura, de recoger los rayos N en la otra extremidad del hilo conductor. He hecho ya por este medio algunos experimentos, que me permiten entrever el interés que presenta.

músculo, más radiaciones emite: procediendo de ese dato, Charpentier ha llegado á explorar el corazón, que por su contracción rítmica regular y continua transmite un foco de radiaciones particularmente activo, y ha marcado de esta suerte el área cardíaca, según las variaciones lumínicas de la pantalla fosforescente en la periferia.

Pero los nervios constituyen focos de irradiación todavía más activos que los músculos. Al principio de mis observaciones, no había aceptado, sin escepticismo, la aserción de M. Charpentier, relativa á la posibilidad de descubrir el trayecto de ciertos troncos nerviosos (cubital) por medio de la pantalla fosforescente; y cuando he estado más en posesión de la técnica apropiada, he podido convencerme, por el contrario, de la facilidad con que se percibe el aumento de brillo de la pantalla cuando se aplica sobre un nervio superficial. Coloquemos esta última al nivel de la cara palmar de la mano en un punto en que está separada del mediano por el ligamento anular del carpo; después deslicémosla algunos centímetros por encima, hacia la región media y anterior de la muñeca, punto en que el nervio está directamente debajo de los tegumentos, y en seguida la veremos brillar intensamente; he repetido la observación más de cincuenta veces en mí mismo y en otras personas, y el resultado ha sido constante. De igual modo los fenómenos lumínicos de la pantalla aumentan en la palma de la mano, donde se extienden divergiendo las ramas del nervio, y asimismo por las caras laterales de los dedos, por donde se extienden los nervios colaterales. El nervio cubital en el codo, en la gotiera epitróclea, proyecta un brillo manifiesto; y ocurre lo mismo con el facial, al nivel del agujero estilomastoídeo. Podría citar otros ejemplos.

M. Charpentier ha demostrado que los centros nerviosos se conducen de igual manera que los nervios. La pantalla se hace luminosa á lo largo de la médula espinal. El poder lumínico del ensanchamiento cervical aumenta bajo la influencia del miembro superior. No he tenido tiempo todavía para formarme opinión definitiva sobre estos últimos hechos. Por el contrario: he comprobado gran número de veces la realidad de la aserción de Charpentier, relativa al aumento de brillo de la pantalla aplicada al nivel del cráneo. Es exacto que ese brillo es muy vivo cuando la pantalla se coloca al nivel de la región craneana, que corresponde á la tercera circunvolución frontal, cuando el sujeto habla en voz alta ó en voz baja. Debo manifestar, sin embargo, que no he podido asegurarme todavía con certidumbre si es cierto que en el experimento en cuestión el brillo de la pantalla no se manifiesta con la misma intensidad en las otras regiones del cráneo. Este punto vale la pena de ser resuelto, como se comprende. Comunicaré los resultados de mis observaciones, cuando los juzgue bastante numerosos y decisivos.

Antes de pasar adelante, debo plantear esta pregunta: si está establecido, lo cual no tiene duda para mí, que los cuerpos fosforescentes se hacen más luminosos en contacto con los músculos, con los nervios y los centros nerviosos, ¿cuál es la causa de ese aumento de los fenómenos lumínicos?

¿Se puede achacar, por ejemplo, este efecto al calor? Desde el principio se ha planteado esta cuestión, y M. Charpentier ha respondido á ella, según creo, de un modo decisivo, por una serie de observaciones ó experimentos. Si se calienta la pantalla á 40 ó 45°, no por esto llega á ser menos luminosa en contacto de la piel, que es de temperatura inferior á la de los centros nerviosos, de los nervios y de los músculos. Si se emplea como reactivo fosforescente, en vez de una sustancia química, un cultivo de *photo bacterium phosphorescens*, cuya fosforescencia natural disminuye por encima de 25°, se obtiene el mismo resultado que con el sulfuro de calcio; cuando se interpone entre la piel y el sulfuro una pantalla calorífica, compuesta de láminas de aluminio y de cartón separadas por capas de aire, no se impide el incremento en el brillo del sulfuro de calcio. Por último, en los animales de sangre fría, la rana, por ejemplo, se comprueban las mismas radiaciones que en los animales de sangre caliente. No se

puede invocar, para explicar los fenómenos, una influencia térmica sobre la pantalla.

Por esto se ha llegado á admitir la existencia de radiaciones especiales, como en los experimentos de Blondlot. ¿Son esas radiaciones idénticas á los rayos N? Tienen con esas últimas grandes analogías: como ellas, atraviesan el aluminio, el papel, el vidrio, el agua salada; como ellas, se reflejan y refractan.

Se diferencian, no obstante, en que se detienen parcialmente por el aluminio, é incompletamente por el plomo y el agua, mientras que las radiaciones de Blondlot atraviesan todas el aluminio, y el agua las detiene completamente (papel de cigarrillo mojado), é igualmente las detiene el plomo (1). Estas comprobaciones han llevado á pensar á M. Charpentier que las radiaciones fisiológicas están constituídas por radiaciones especiales asociadas á los rayos N.

Si quedara bien establecido este hecho, resolvería la cuestión planteada de saber si las radiaciones llamadas fisiológicas no serían sencillamente rayos de Blondlot de origen solar, almacenados momentáneamente por el organismo. Blondlot ha demostrado, efectivamente, que los rayos N existen en la luz del sol y que pueden fijarse en diversos cuerpos, los guijarros, por ejemplo, que de este modo se hacen susceptibles de alumbrar las pantallas fosforescentes. Charpentier ha visto que, después de la permanencia de nueve horas en la oscuridad completa, los rayos fisiológicos persisten, por lo cual se cree autorizado á decir que son productos del organismo.

Esta cuestión me ha llevado á preguntarme qué llegarían á ser después de la muerte esos rayos en los músculos, los nervios y los centros nerviosos; y sobre este particular he instituído con M. Delherm algunos experimentos, cuyos resultados expondré.

Hemos sacrificado tres perros adultos, extraído sus órganos, dejándolos expuestos á la luz el menor tiempo posible, y en la cámara oscura á que se han llevado inmediatamente, hemos examinado las radiaciones del cerebro, del nervio ciático, del corazón, del hígado, tomado como órgano presencial, ya el día mismo de la muerte del animal, ya el siguiente. En el cerebro nos ha llamado la atención este primer hecho: que la sustancia gris emite muchas más radiaciones que la sustancia blanca; esas radiaciones persisten todavía el día de la muerte del animal, pero menos vivas que en la hora que sigue á la muerte. El nervio ciático emite radiaciones después de separado del cuerpo, pero éstas desaparecen pronto; nos ha parecido que habían cesado menos de media hora después de la autopsia. En cuanto al corazón y al hígado, órgano presencial, no hemos notado que el brillo de la pantalla aumentara por su contacto.

Si fuera permitido sacar algunas conclusiones de esos exámenes, que hay tiempo de multiplicar, diríamos que la emisión de los rayos N. en lo relativo al cerebro, no es función exclusiva de la actividad de la vida del órgano, sino que está ligada á la organización de ese órgano, y cesa cuando éste se altera; que las radiaciones de los nervios no subsisten sino poco tiempo después que estos últimos han sido separados de los centros nerviosos vivos; que, por último, las radiaciones de los músculos parecen completamente subordinadas á las conexiones nerviosas y á la vida de estas últimas.

Los hechos que acabo de exponer nos llevan naturalmente á preguntarnos si las radiaciones fisiológicas que emiten los músculos, los nervios y los centros nerviosos no se modifican en estado patológico. Efectivamente, eso es lo que ocurre. No estoy todavía á punto de exponer datos precisos y coordinados, en lo que se refiere á las radiaciones de los centros

---

(1) Conviene decir que la cuestión de la transparencia de los cuerpos en general, y de los metales en particular, para los rayos N, exige nuevas pesquisas. En una reciente comunicación á la Academia de Ciencias (9 de Marzo), M. Bichat ha referido hechos interesantes.

nerviosos y de los nervios: espero poder hacerlo dentro de poco. Pero las investigaciones que he realizado con M. Delherm, sobre las radiaciones musculares, me han proporcionado resultados bastante claros y comprobados con bastante frecuencia, para que desde luego pueda darlos á conocer (1).

Los trastornos funcionales de los músculos, por lo menos aquellos que más comúnmente se observan, dependen de atrofias, de parálisis, de contracturas, y esos trastornos están en relación unas veces con una lesión primitiva de la fibra muscular (miopatías); otras, con una lesión de los nervios (neuritis) ó con las células de la médula (poliomielitis); otras, por último, con la alteración de las fibras del manojo piramidal, consecutivas á una lesión de la médula ó del cerebro. He examinado las radiaciones musculares en estos diferentes tipos de lesiones.

El primer enfermo sufre de miopatía. El principio de la afección es muy remoto; la atrofia muscular se ha extendido, y es difícil decir hoy con precisión á qué tipo pertenece. Sin embargo, la integridad de los músculos de la cara, el predominio de la amiotrofia al nivel de los músculos de la cintura escapular y del miembro superior, permiten referirla á la forma descrita por Erb. Sea lo que fuere, lo que deseo hacer observar, porque es lo que nos va á interesar, es que el deltoides está afectado hasta el último grado; en vez de su relieve normal, hay una depresión que acusa su atrofia, que revela además, por otra parte, la impotencia del enfermo para levantar el húmero en abducción; los flexores y extensores de los dedos en el antebrazo están lesionados en menor extensión, pero están lesionados. En cuanto á los músculos de la cara, están intactos y nada autoriza á creer que estén atrofiados. Pero la exploración de estos diferentes grupos musculares por medio de la pantalla fosforescente demuestra que esta pantalla no está notablemente más alumbrada en la cercanía del deltoides que cuando se aleja de ese músculo; que se alumbra un poco más al nivel de los extensores del antebrazo, y principalmente más cerca de los músculos de la cara. ¿Qué quiere decir esto? Que el brillo está en razón directa del número de fibras conservadas, ó, si se quiere, en razón inversa del grado de alteración de los músculos.

El hecho podía preverse; pero es interesante relacionarlo con otra comprobación que hemos hecho M. Delherm y yo en el mismo enfermo: cuando las radiaciones musculares están muy disminuídas y en relación con las propias de las fibras, las de los nervios exploradas al nivel del radial en la cara posterior del brazo, el mediano en el pliegue del codo, del plexo cervical por encima de la clavícula, del punto eléctrico de Erb, tienen, por el contrario, su brillo normal. Esa particularidad responde á lo que sabemos de las lesiones de la miopatía primitiva, que, como su nombre lo indica, interesa los músculos sin lesionar los nervios. Podría servir esto para resolver una cuestión teórica. Se ha preguntado si las radiaciones musculares fisiológicas son propias de los músculos ó dependen más bien de las fibras nerviosas intramusculares. Diversos experimentos habían conducido á M. Charpentier á fijar, con algunas reservas, sin embargo, que en la emisión de los rayos N por el músculo, una buena parte de esos rayos debe atribuirse á las terminaciones nerviosas, y una parte menor al tejido muscular mismo. Nuestras observaciones tienden á probar, por el contrario, que la parte que ese tejido representa en las radiaciones emitidas al nivel de las masas musculares es bastante importante. Conviene recordar, con todo, que si los nervios están intactos en la miopatía, Babés y Marinesco han encontrado en tres casos lesiones de las placas terminales motoras; pero podría suceder que la disminución de las radiaciones fuera debida á esa lesión más bien que á la de las fibras musculares mismas.

El segundo enfermo está empleado en la confección de acumuladores

(1) El resumen de estas investigaciones ha sido comunicado por M. d'Arsonval á la Academia de Ciencias (sesión del 24 de Febrero de 1904).

eléctricos; maneja diariamente el plomo; de lo cual ha resultado una intoxicación saturnina, que se traduce por la parálisis de los extensores de la mano y de los dedos, que empezó el mes de Octubre último. Ese enfermo ha estado sometido durante muchas semanas á un tratamiento eléctrico, y ya se observa una mejoría manifiesta de los trastornos paralíticos del lado izquierdo. Mas la exploración por medio de la pantalla demuestra que el brillo de esta última, acusado cuando se aplica en los músculos flexores que están indemnes, lo está algo, pero en grado menor, al nivel de los extensores de la mano izquierda en vía de mejoría, y deja de estarlo al nivel de los extensores del lado derecho, que están afectados, por el contrario, de una parálisis atrófica casi completa.

Se comprueba el mismo hecho en esa joven de la sala de M. Petit, que sufre de *neuritis* de los miembros inferiores, probablemente de origen tuberculoso, con parálisis de los extensores del pie. Los músculos de la pierna izquierda han recobrado parte de sus movimientos; pero el brilio de la pantalla está más pronunciado en esos músculos en vía de mejoría, que en los del lado derecho, todavía muy atacados.

En el mismo orden de ideas, se ve otro joven que hace tres meses sufre de una *parálisis facial* izquierda. La dificultad que experimenta para cerrar el ojo, y la imposibilidad en que se halla de fruncir la frente del lado paralizado, demuestran que se trata de una parálisis periférica, es decir, por lesión del mismo nervio facial; pero exámenes respectivos me han demostrado que cuando se aplica la pantalla fosforescente sobre el frontal del lado paralizado, su brillo es notablemente menor que cuando se explora el frontal en el lado derecho.

De estos últimos hechos puede deducirse que *las parálisis, con ó sin atrofias apreciables, debidas á lesiones de los nervios, determinan una disminución manifiesta del poder de la emisión de los rayos N.*

Puede decirse lo mismo de las que dependen de una lesión del origen medular de los nervios. Las *parálisis mielopáticas*, consecutivas á la destrucción en foco de las astas anteriores de la médula, que comúnmente se designan con el nombre de parálisis infantiles, se conducen efectivamente, desde el punto de vista que nos ocupa, como las parálisis neuríticas. He examinado cuatro enfermos que sufren de ellas, y en los cuales la parálisis y la atrofia ocupan uno de los miembros inferiores ó los dos. Esta niña tiene la afección localizada en el miembro inferior izquierdo, y se traduce por una atrofia muy pronunciada de los músculos del muslo y de la pierna del mismo lado.

Pero en esta enfermita, como en las otras tres que sufren de la misma afección, he comprobado claramente que la pantalla es menos fosforescente cuando se aplica sobre los músculos enfermos que cuando se coloca sobre los músculos del miembro sano. Podría preguntarse aquí, en verdad, si la diferencia de brillo depende de una diferencia de temperatura, porque en estos enfermos, como en la mayoría de los casos de parálisis infantil, se nota un enfriamiento manifiesto de los tegumentos al nivel de las regiones correspondientes á los músculos atrofiados. Pero los medios de que me he valido para la exploración, y cuya descripción he dado, me parecen suficientes para eliminar esa causa de error.

Hasta ahora hemos considerado los trastornos tróficos ó motores dependientes de una lesión del *neurona motor periférico*. Si pasamos á los que dependen de la alteración del *protoneurona motor*, veremos que las cosas se presentan de un modo distinto; pues en efecto, cuando las lesiones del primer grupo ocasionan una disminución de emisión de los rayos N, las de la segunda categoría determinan, por el contrario, un incremento del fenómeno lumínico.

Como tipos de alteraciones de ese orden tomaremos la parálisis espasmódica por lesión medular transversa, y la hemiplegia vulgar con contractura por lesión cerebral en foco. Sea cual fuere la opinión que se forme sobre el mecanismo de la contracción en estos dos órdenes de lesiones (y es sabido que los autores no están de acuerdo á este respecto), no es

dudoso que esa contractura se asocie á la degeneración de las fibras del manojo piramidal subyacente á la lesión cerebral ó espinal; degeneración unilateral en el caso de lesión del cerebro, bilateral en el caso de lesión medular transversa. Empero sea la contractura de origen espinal ó de origen cerebral, en ambos casos se nota, al nivel de los músculos en contractura, el aumento del brillo. Este hecho es más fácil de notar en la hemiplegia que en la parálisis, porque siendo la contractura unilateral en el primer caso, puede compararse el brillo producido por los músculos en contractura al que dan los músculos simétricos del lado sano.

No sorprenderá la oposición que existe entre los resultados suministrados por la exploración muscular en las lesiones del neurona periférico y en las del protoneurona. En efecto: la exploración fisiológica enseña que el brillo de las pantallas fosforescentes aplicadas al nivel de los músculos es proporcional al grado de actividad en los que está más pronunciado en los músculos en actividad que en los músculos en reposo; empero en las lesiones del neurona periférico (neuritis, poliomielitis), así como en las miopatías primitivas, hay disminución de la actividad por el hecho de la atrofia ó de la parálisis; en la hemiplegia cerebral, por el contrario, ó en la parálisis espasmódica, hay contractura, y la contractura, á pesar de la impotencia que la acompaña, es una forma de hiperactividad muscular.

Era interesante investigar lo que da la exploración de los músculos en las parálisis histéricas, lo cual he podido hacer en dos casos: primeramente, en un enfermo muy conocido en los hospitales, y que padece una monoplegia del miembro superior, muy antigua, puesto que se remonta á más de quince años; en segundo lugar, otro hombre, que padece de una hemiplegia derecha incompleta y reciente, con hemianestesia. Pero en esos dos enfermos me ha sorprendido comprobar resultados completamente diferentes de los que había encontrado en las otras formas de parálisis flácidas (por neuritis ó poliomielitis). Efectivamente, la pantalla fosforescente se alumbra más al nivel de los músculos paralizados que al nivel de los músculos simétricos del lado sano. Este hecho, que me propongo comprobar en otros enfermos, no carecería de interés desde el punto de vista de la fisiología patológica de las parálisis histéricas. Se sabía ya que, por muchos caracteres, éstas diferían de las parálisis orgánicas; pero no dejaría de tener interés el poder considerar como establecido que, á pesar de la flacidez por que se traducen, se manifiestan al ser tratada por la pantalla como las contracturas orgánicas, lo cual parece indicar que la inervación del músculo está en estos casos más bien exaltada que debilitada.

He tenido ocasión recientemente de explorar los músculos de un enfermo que padecía de la enfermedad de Thomsen. Se sabe lo que caracteriza esta afección: la imposibilidad de llevar inmediatamente los músculos al estado de reposo una vez que cesa el esfuerzo de contracción; y de un modo contrario á lo que ocurre fisiológicamente, el músculo permanece contraído durante cierto tiempo. En un caso de ese género no he notado que el poder lumínico de la pantalla fuera sensiblemente más pronunciado que en la contracción de los músculos correspondientes en un individuo sano; pero la *persistencia* del incremento del brillo fisiológico producido por la contracción es notablemente mayor en la enfermedad de Thomsen que en el estado normal, si se mide su duración en un músculo (biceps, por ejemplo), que se pide al enfermo que contraiga vigorosamente y que trate de poner en relajación brusca después de la contracción. El resultado, por lo demás, era de esperar.

Tales son los pocos hechos que deseaba dar á conocer hoy. Después de haber expuesto lo que me ha demostrado en los casos patológicos la investigación de los rayos N al nivel de los músculos, expondré el resultado de la exploración alrededor de los nervios y de los centros nerviosos, lo cual podré hacer dentro de poco tiempo.

Sin duda los resultados que acabo de exponer, y sobre los cuales deseo que se haga la comprobación, no ofrecen hasta el presente más que un

interés de curiosidad; pero aunque este interés esté llamado á ser puramente teórico, no por esto deja de ser real y muy grande, porque la investigación de los rayos N en el estado fisiológico ó patológico abre horizontes nuevos en la fisiología muscular y, sobre todo, nerviosa. Por otro lado, no es cierto que no pueda dejar de sacarse partido algún día desde el punto de vista diagnóstico. Este enfermo es la prueba: sufre de hemianestesia histérica, y además presenta del lado de la hemianestesia la parálisis de los extensores de la mano. Podría preguntarse si esa parálisis no es también de naturaleza histérica, y creo que se ha calificado de ese modo en otro hospital en que ha estado el enfermo.

Sin embargo, el hecho de que el paciente haya manejado el plomo durante mucho tiempo, que haya padecido notoriamente saturnismo, referido á la forma y á la localización de la parálisis, me ha llevado á pensar que se trataba de parálisis saturnina en un individuo histérico; el examen eléctrico, mostrando que la reacción farádica estaba abolida al nivel de los músculos paralizados, ha confirmado ese diagnóstico. Pero, á falta de la exploración eléctrica, la investigación de los rayos N habría permitido juzgar la cuestión. En efecto, en este enfermo el brillo de la pantalla es notablemente menor al nivel de los músculos paralizados que al nivel de los músculos sanos del lado opuesto. Y lo contrario es lo que debería suceder, según lo que hemos visto, si la parálisis fuera de origen histérico. (De la *Revista de Medicina y Cirugía*, de la Habana.)

Un caso de enfermedad azul, por D. Manuel Redondo, *Médico por oposición de la Beneficencia general.*—Uno de los deberes de cuantos se dedican á la observación y estudio de los enfermos, es, á mi juicio, dar á conocer cuanto de notable encuentren en su camino, para contribuir, cada uno en la medida de sus fuerzas, á dejar consignado todo lo digno de atención y de estudio que la humanidad enferma nos ofrece, y para hacer progresar nuestra ciencia con nuevos y positivos conocimientos, el que tenga la fortuna de encontrar hechos nuevos que difundir entre los demás, ó de poseer facultades que le permitan interpretar de modo acertado y distinto de como hasta entonces se haya hecho lo que descubre la observación atenta y detenida de su objeto de estudio.

Sólo en el primer concepto, esto es, para dar á conocer un caso curioso de *enfermedad azul*, voy á exponer la historia de uno que he tenido ocasión de observar.

Encargado accidentalmente de la sala de Santa Lucía del Hospital de la Princesa, á principios del pasado mes de Febrero encontré, ocupando la cama número 16, á la enferma J. R., natural de Madrid, de veinticinco años, viuda, que había ingresado en el establecimiento el día 11 de Enero anterior.

Como antecedentes de familia, sólo pudimos averiguar que su padre murió loco, y su madre y hermanos disfrutan de buena salud.

En cuanto á ella, refiere que desde su infancia ha sido muy delicada, notándose molestada por gran cansancio y disnea al andar, correr, subir cuestas, escaleras, etc., y no pudiendo ocuparse en nada que exigiera un mediano esfuerzo. A los diez y seis años tuvo la primera menstruación, que fué difícil, y después ha seguido siempre irregular en su aparición, escasa en cantidad, frecuentemente acompañada de dolores, habiendo desaparecido por completo hace tres meses. Ha padecido muchos panadizos y ha tenido gran predisposición á padecer catarros. Ha estado casada cinco meses, sin que concibiera en dicho tiempo, habiendo fallecido su marido á consecuencia de una afección aguda de pecho.

Su ingreso en el Hospital tuvo lugar con motivo de un fuerte ataque de disnea, con cianosis, anasarca y oliguria extrema, cuyos fenómenos se atenuaron merced al tratamiento á que fué sometida.

El aspecto de la enferma es de una insuficiencia de desarrollo notabi-

lísima, pues representa unos quince ó diez y seis años, á lo sumo; apreciándose un enrojecimiento muy acentuado de las mejillas, con tinte purpúreo, que desaparece á la presión, para reaparecer inmediatamente. Del mismo color están los limbos de los labios, haciéndose un tanto violáceo en su cara mucosa, color que se acentúa más aún en la lengua, sobre todo en su cara inferior y en su unión con el suelo de la boca. Violáceas también están las extremidades, tanto más cuanto más cerca de su porción inferior. En las manos están notablemente azulados los dedos, desvaneciéndose algo el color conforme se asciende hacia la muñeca, pero notándose, hasta por encima de esta región, redes vasculares muy pronunciadas. En los pies la cianosis es más marcada todavía, notándose con toda claridad las expresadas redes vasculares hasta la mitad de la altura de la pantorrilla. Los dedos de las manos están afilados, como terminados en punta, y con los tegumentos íntimamente adheridos á los tejidos profundos; encontrándose los pies y las manos siempre fríos, tanto objetiva como subjetivamente.

Reconocido el tórax, encontramos un pequeño aumento en intensidad y extensión del choque de la punta del corazón y un pequeño estremecimiento sistólico en la misma región. Más arriba, en el segundo y tercer espacios intercostales izquierdos, se percibe un estremecimiento también sistólico, pero más intenso y más áspero que el anterior. La punta late en su sitio normal, ó sea detrás de la quinta costilla y por dentro del pezón.

Auscultando el corazón, se percibe en la punta un soplo algo áspero, largo, que empezando en el silencio mayor se hace presistólico y se termina al comenzar el primer tono, que se oye claramente y sin ninguna modificación. Este soplo se percibe también en el foco de auscultación de la válvula tricúspide, aunque con menor intensidad, y se propaga en poca extensión desde el foco en que su percepción es más clara. El segundo tono se encuentra normal.

En el segundo espacio intercostal izquierdo se percibe un soplo intenso, áspero y breve, que sustituye al primer tono, y falta por completo el segundo tono en este foco; propagándose el soplo con gran claridad, aunque perdiendo intensidad, á la axila y á la espalda.

Los tonos del foco aórtico no presentan ninguna modificación.

En las arterias carótidas primitivas se nota un soplo áspero y breve, de mediana intensidad, coincidiendo con el sístole cardíaco.

En las venas yugulares no se percibe nada anormal por auscultación.

El pulso radial es sumamente pequeño y algo frecuente, contándose unas 80 á 85 pulsaciones por minuto; y el menor esfuerzo, y hasta la marcha moderada y tranquila, produce disnea.

El análisis de la sangre, que hice en unión de mi compañero doctor Blanc, dió el siguiente resultado: hematies, 4.000.000; leucocitos, 12.000; hemoglobina, 8,5 á 9 por 100.

Las encías sangran con facilidad.

Todos los demás órganos y aparatos funcionan normalmente, aunque acusando todos ellos el estado de atonía funcional correspondiente al infantilismo que por simple inspección se descubre en la enferma.

Desde que la observamos por primera vez, fué progresando la mejoría ya iniciada.

La cianosis disminuyó considerablemente, sobre todo en los labios y la lengua, persistiendo, sin embargo, en las extremidades y en el limbo de los labios, así como purpúreo de las mejillas.

Durante el tiempo de observación ha sufrido la enferma algunas cefalalgias, acompañadas de vértigos é insomnio; y además un acceso de dolores articulares localizados en los tobillos y las rodillas, notándose éstas ligeramente edematosas, congestionados los tegumentos correspondientes con el mismo tinte purpúreo que las mejillas, y pudiéndose percibir una fina crepitación en los fondos de saco sinoviales á ambos lados del ligamento rotuliano del lado izquierdo.

Todos estos fenómenos fueron disminuyendo paulatinamente, hasta desaparecer por completo en unos quince días.

Desde mediados de Marzo retrocedió la mejoría que había experimentado la enferma anteriormente, reapareciendo los fenómenos asistólicos, que la obligaron á acogerse en el establecimiento, los que aumentaron hasta el punto de causar la muerte de la enferma el día 24 de dicho mes.

El tratamiento á que la enferma ha estado sometida desde que me encargué de su asistencia ha sido muy sencillo. Tónicos generales y ioduros en los períodos de calma; bromuros, como sedantes de la inervación cardíaca, en los períodos de hiperkinesia; y, por fin, tónicos cardíacos (esparteína y cafeína) cuando aparecían los fenómenos de asistolia, para combatir la insuficiencia cardíaca de que dependían. El mismo tratamiento ha continuado cuando se encargó de la sala el profesor que actualmente la sirve, el distinguido Dr. Fernández Gómez, á cuya amabilidad y deferencia exquisitas debo el haber podido seguir hasta el final la observación de esta enferma, por tantos conceptos interesante.

En vista del cuadro sindrómico que he expuesto, lo más exactamente que me ha sido posible, procurando dar una idea aproximada de la enferma, formulé el siguiente diagnóstico: *Estrechez mitral pura, estrechez del orificio de la arteria pulmonar, ambas congénitas, y estado de infantilismo por defecto de desarrollo general, coincidente con el que ha determinado las anteriores lesiones.*

Quizás parezca demasiado extenso y algo difuso el diagnóstico en cuestión; pero entendiendo yo que hacer un diagnóstico no es anunciar el nombre de una especie morbosa, en cuyo caso nunca nos daríamos cuenta exacta del enfermo á que se refiriese, sino expresar el juicio que el médico forma del estado y condiciones de cada enfermo, de cuyas condiciones dependen las grandes diferencias que separan á unos de otros, aunque todos ellos padezcan la misma enfermedad, he creído necesario, aun sacrificando la brevedad, exponer cada uno de los puntos que comprende, para dar una idea, siquiera fuese aproximada, del juicio que la enferma me merecía.

Por análogas consideraciones creo necesario exponer ahora los fundamentos que me han servido de apoyo para llegar á tal diagnóstico, ó algunos detalles referentes al mismo, para que resulte más preciso y acabado.

En primer lugar, hemos de partir del hecho de que los soplos percibidos por auscultación en la punta y en la base del corazón son dos soplos distintos. Los caracteres de cada uno de ellos, que hemos expuesto, así como los de los estremecimientos que los acompañan, difiriendo unos de otros por completo, prueban que no es un solo soplo que se propague de uno á otro foco, sino que cada uno se produce allí donde se le percibe y por condiciones distintas, las que hacen diferentes sus caracteres.

Además, estos mismos caracteres prueban que ambos soplos, el mitral y el sigmoídeo pulmonar, son orgánicos. El estremecimiento que por palpación se percibe en las regiones correspondientes á los mismos; su constancia, la invariabilidad de las condiciones de aspereza, timbre, intensidad, etc.; la pequeñez del pulso radial, por lo que al mitral se refiere, no permiten dudar respecto á que dependen de lesiones que asientan en los respectivos orificios. Esto lo apoya además la falta de otro proceso capaz de explicarlos de manera diferente, pues únicamente podría hacer pensar en que alguno ó ambos fueran nosohémicos el ligero grado de anemia que la enferma padece, y éste es insuficiente á todas luces para producirlos.

El soplo *presistólico* de la punta y el *sistólico* de la base, por esta condición de cada uno, corresponden á lesiones que ocasionan estrechez y no permiten de ningún modo pensar en insuficiencias, ni respecto al uno ni al otro.

Las estrecheces congénitas de la arteria pulmonar pueden asentar en el orificio arterial, en el *infundibulum* del ventrículo derecho, ó en el tronco de la arteria; y en nuestro caso asienta en el orificio mismo origen

de la arteria, pues las válvulas sigmoídeas correspondientes han de estar afectas, toda vez que en su foco de auscultación no se percibe el segundo tono, ni aun apagado por la disminución de presión en la arteria pulmonar, ocasionada por la estrechez; lo que demuestra que no se verifica la oclusión del orificio en el diástole ventricular. La falta de soplo diastólico nos hizo pensar en la ausencia completa, funcional al menos, de dichas válvulas.

Aunque en los casos de enfermedad azul suelen encontrarse comunicaciones anormales entre los dos círculos, mayor y menor, de la circulación, supusimos que en este caso probablemente no existirían. La propagación del soplo á las carótidas parece indicar la existencia de un defecto del tabique interventricular, puesto que, según Schede, sólo en este caso tendría lugar la propagación; pero teniendo en cuenta que ésta puede explicarse por la influencia sobre la corriente aórtica de las alteraciones de presión en la arteria pulmonar, al verificarse el cruce de ambos vasos, no es necesario suponer tal defecto del tabique interventricular, tanto más improbable cuanto que se trata de una enferma de veinticinco años, y, según las observaciones de Rokitansky, la vida de los que la padecen llega á lo sumo á trece meses.

El soplo presistólico de la punta no puede interpretarse como producido en el agujero de Botal persistente, por el sitio de su mayor intensidad, y porque en tal caso sería sumamente variable su presencia é intensidad, en consonancia con los cambios de presión en ambas aurículas.

La permeabilidad del conducto arterioso ocasionaría la producción de un soplo sistólico intenso al nivel de la cuarta vértebra dorsal, señalado por Franck en estos casos, y tal soplo no se percibe.

No obstante todas estas razones, hay casos en que estas comunicaciones se han visto en la autopsia, sin que pudieran ser sospechadas en el vivo por ningún síntoma, por cuya razón no negamos en absoluto la posibilidad de su existencia.

Las artralgias padecidas por esta enferma nos las explicamos por fluxiones y hemartrosis debidas al defectuoso desarrollo de su aparato circulatorio, continente y contenido, cuya aplasia explica también la facilidad de producción de las hemorragias gingivales, que supone un estado muy próximo al de la hemofilia, tan desconocido en su esencia como el del caso presente.

Según las modernas doctrinas, las alteraciones congénitas de esta enferma nos las explicamos por defectos de desarrollo de su aparato circulatorio, y no por la desechada ya, para la mayoría de los casos al menos, endocarditis fetal; haciéndonos, además, pensar de éste el marcadísimo infantilismo de la misma.

La cianosis no puede explicarse en este caso por exceso en el número de glóbulos rojos, ni en la cantidad de hemoglobina, puesto que no existen; quedando su interpretación reducida al éxtasis de la circulación capital y venosa general, suficiente en este caso para lo atenuado de la cianosis, fuera de los períodos de asistolia.

De todos modos, nada de particular tiene que estas lesiones ocasionen con facilidad cianosis por el expresado mecanismo, por asentar en el corazón derecho y dificultar indirectamente el desagüe de las venas cavas en la aurícula correspondiente, cuando sabemos lo precoces que son en algunos casos de lesiones aórticas, y sobre todo mitrales, los trastornos pulmonares debidos á congestiones, llegando algunas veces á ocasionar hemoptisis; todos producidos por el mismo mecanismo, pero recayendo esta vez sobre el desagüe de las venas pulmonares.

Son dignas de notarse en este caso la evolución hacia la atrofia de las osteo-artropatías de los dedos, en vez de tender á la hipertrofia, que da por resultado los dedos en maza, tan frecuentes en estos estados, y la falta aparente de la causa.

¿El estado psicopático de su padre respondería á una parálisis general de origen sifilítico?

Y, en caso afirmativo, ¿ha podido esta infección influir en el desarrollo de las lesiones que nos ocupan?

Nos parece muy aventurada tal hipótesis, por carecer la enferma de antecedentes y de estigmas en que fundarla.

Uno de los motivos por los que considero interesante el presente caso es por haber podido ir su observación clínica seguida de su observación necrópsica.

Practicada ésta el día 25 de Marzo, vamos á exponer sucintamente el resultado de la misma en lo relativo á las lesiones cardíacas que habíamos diagnosticado.

Abierta la cavidad torácica é incindido el pericardio, salió de él una abundante cantidad de líquido amarillento y ligeramente viscoso (unos 200 gramos).

El corazón estaba considerablemente aumentado de volumen.

Extraído para su examen, previa ligadura de los vasos aferentes y eferentes del mismo, este volumen se redujo mucho después de dar salida á la enorme cantidad de sangre que dilataba sus cavidades, pero conservando, sin embargo, un tamaño superior al normal, sobre todo comparado con el miserable desarrollo del organismo á que pertenecía.

La arteria pulmonar presentaba su diámetro normal; é incindida longitudinalmente para examinar el correspondiente orificio cardíaco, se encontró en él un diafragma completo formando cúpula con la convexidad dirigida hacia la luz de la arteria, y perforado en su centro, parte más alta de la cúpula, por un pequeñísimo orificio de bordes festoneados, ligeramente dilatable, y que medía unos *dos milímetros* como máximum; única comunicación entre la cavidad del ventrículo derecho y la arteria pulmonar.

En la cara arterial de este diafragma se percibieron tres repliegues endoteliales, rudimentos de lo que debía haber sido bordes de las válvulas sigmoídeas.

El espesor de las paredes del ventrículo derecho era de *treinta y cinco milímetros*, mientras que en el izquierdo era de *doce milímetros*, encontrándose la cavidad del primero sumamente disminuída por el espesor de la pared. Era, pues, la hipertrofia principalmente concéntrica.

El orificio auriculo-ventricular izquierdo se encontraba un poco disminuído en su diámetro, y algo rugoso en la inserción de la valva izquierda de la válvula mitral. Dicha valva estaba rígida, endurecida é inmóvil; no pegada á la pared del ventrículo, sino libre en el interior del mismo; lo que explica el soplo presistólico, toda vez que la estrechez del orificio era muy poco acentuada. La integridad de la valva derecha, que es la más importante en la oclusión del orificio, y la posición de la izquierda, dan razón de la falta de insuficiencia.

No había comunicación anormal ninguna entre el corazón derecho y el izquierdo, encontrándose íntegros los tabiques interventricular é interauricular. Tampoco persistía el conducto misterioso.

El derrame pericardíaco, indiagnosticado durante la vida por percibirse con toda claridad los ruidos del corazón inmediatamente detrás de la pared torácica, no ha debido de producirse hasta las últimas horas de existencia de la enferma, pues lo consideramos como un hecho dependiente de la asistolia.

Circunstancias especiales, que nos impidieron hacer una autopsia detenida, no nos permitieron encontrar más lesiones, que acaso hubieran sido interesantes, como tampoco confirmar las lesiones articulares á que atribuímos en vida las artralgias padecidas por la enferma. — (De la *Revista Médica de Sevilla.*)

Caso de histerismo odontálgico, por D. B. SÁNCHEZ (Madrid).— El asunto de que voy á ocuparme no sólo es muy interesante en sí, sino que dará seguramente motivo á una instructiva discusión, en que toma-

rán parte otros ilustrados compañeros más competentes que el que á vosotros tiene el honor de dirigirse.

Entiendo que se trata de una manifestación local, de una perturbación psíquica, de un fenómeno sensitivo, de un estado de histerismo, de un mal, en fin, que se presenta en la boca, sin ser la boca misma donde existía la causa, ni en ella donde debíamos aplicar los remedios, sino utilizar la sugestión para curar aquella dolencia que, aunque revistiendo caracteres de terrible molestia para la enferma, no obedecía á causas materiales; que era, por último, una enfermedad moral.

Veamos ahora en detalle los antecedentes del caso.

Doña Florentina López, casada, de cuarenta y seis años, natural de Bocos, provincia de Burgos; de buena constitución, sin antecedentes hereditarios ni patológicos de importancia; vino á Madrid para consultar sobre un padecimiento que venía sufriendo en la boca, localizado en la porción alveolar izquierda y en el mismo lado de la bóveda palatina.

La enferma se quejaba de intensos y fuertes dolores en esta región, siendo sus sufrimientos tan agudos, que no podía conciliar el sueño durante la noche; había perdido el apetito, y de resultas de ello se encontraba en un estado de abatimiento y postración que se revelaba en la tristeza de su semblante.

Dicha señora empezó por hacerme la historia de su enfermedad, del modo siguiente:

Hará cuatro años próximamente, á consecuencia de una caries del canino del lado izquierdo del maxilar superior, sobrevino un absceso alveolar acompañado de una gran inflamación y fuertes dolores, durando estas molestias unos ocho días, hasta que espontáneamente vino el desagüe ó evacuación del pus, desapareciendo la inflamación y dolores; pero como la causa no había desaparecido, y este absceso no fué tratado como la ciencia aconseja, dió por resultado el que quedara un trayecto fistuloso en el arco alveolar y cara labial, pasando en parte desapercibido, puesto que para nada la molestaba, si bien la tenía con cuidado el que no se cicatrizara dicha herida y estar constantemente segregando pus, aunque en pequeña cantidad, y además empezaba á notar unos latidos ó pinchazos que la molestaban bastante. Pasado algún tiempo, y viendo que esta lesión, si bien no aumentaba, tampoco desaparecía, se decidió á consultar con el médico de la localidad, aconsejándola éste que inmediatamente se hiciera la extracción del canino cariado, y que, á ser posible, fuera hecha por un cirujano dentista.

No teniendo en el pueblo facilidades para hacer la operación propuesta por el médico, se trasladó la paciente á Bilbao, donde por un cirujano dentista fué ejecutada la extracción indicada, más algunos otros dientes cariados que la enferma tenía, cicatrizando las lesiones producidas por las extracciones franca y rápidamente, y desapareciendo el trayecto fistuloso después de hecha la extracción y algunos lavados que hizo dicho profesor durante algunos días.

A pesar de la cicatrización franca y rápida de las lesiones antes indicadas, según la paciente, no desapareció aquella sensibilidad ni malestar que notaba cuando se decidió consultar con el médico; antes al contrario, cuanto más tiempo pasaba más se acentuaba esta molestia, por lo que repitió su consulta con el referido médico, haciéndole la historia de lo que le sucedía y notaba, indicándole que su malestar empezaba en el punto donde estuvo implantado el canino, comenzando por un hormigueo y calor que recorría todo el arco alveolar y bóveda palatina del lado izquierdo, terminando esta molestia en la garganta.

Reconocida de nuevo por el médico, y no encontrando éste por lo visto causa que motivara aquel trastorno, la indicó que sería conveniente se hiciera la extracción de los dos molares mayores que le quedaban en el lado del maxilar referido, á pesar de que éstos estaban sanos.

Siguiendo la indicación de su médico, se trasladó nuevamente á Bilbao, ocurriendo lo mismo que cuando se hizo la primera operación; esto es, ci-

catrizar franca y rápidamente las lesiones producidas por las extracciones, sin que dejaran huellas de ningún género; pero, á pesar de que todo el arco alveolar y bóveda palatina estaban en un estado fisiológico completo, la molestia indicada por dicha señora no desaparecía; antes al contrario, aumentaban sus sufrimientos, tanto morales como físicos.

Pasados algunos meses, consultó nuevamente con el médico referido, el cual le hizo una incisión en el arco alveolar izquierdo partiendo de la porción canina y terminando en la porción molar.

Según indicación de la enferma, después de tratar dicho médico la lesión producida por la incisión durante tres ó cuatro días, éste le dijo que no hallaba causa que justificara su molestia en el punto indicado, y que cuando cicatrizara la herida producida por la incisión desaparecería dicha molestia, entregándole una fórmula de un colutorio con objeto de que se enjuagara la boca y fuese más rápida su curación.

La herida cicatrizó con prontitud como las anteriores; pero los sufrimientos no desaparecieron y sí aumentaron, puesto que pasado algún tiempo no sólo se concretaban éstos al hormigueo y calor que, empezando en el punto donde estuvo implantado el canino, recorrían la zona ya indicada, sino que durante la noche, que era cuando más se acentuaba esta molestia, decía que se le formaba en la bóveda palatina una granulación que segregaba pus, y por consiguiente mal gusto de boca, lo que no notaba durante el día en forma alguna, y las demás molestias en parte, acentuándose éstas todos los días de cinco á seis de la tarde.

En este estado, y á instancia del hermano de la paciente, antiguo cliente mío, se trasladó dicha señora á esta corte con el propósito de consultar las causas de su padecimiento y, por consiguiente, en busca de su alivio ó curación.

Tan pronto como esta señora llegó á Madrid, se presentó en mi gabinete acompañada de su señor hermano, para ver si con mis conocimientos profesionales podía aliviar sus dolencias, ó por lo menos indicarles un especialista entendido en el asunto de que se trataba.

Después de la historia amplia y detallada que me hizo desde el primer punto de sus dolencias, que dejo reseñada, procedí al examen minucioso de toda la cavidad bucal, encontrando ésta en un estado fisiológico por demás inmejorable. Sólo tenía el cordal del lado opuesto al padecimiento con una caries de tercer grado, y en el maxilar inferior el primer bicúspide del lado izquierdo con caries de segundo grado.

Hice algunas preguntas que creí oportunas á esta señora, siendo una de ellas si en alguna ocasión había notado salida de pus por las fosas, por si pudiera tratarse de un empiema del seno maxilar que, perforando las paredes del cornete, tuviera la evacuación del pus por la fosa nasal; á lo cual contestó negativamente.

No hallando causa alguna que justificara el sufrimiento de la doliente, pensé si se trataría de una monomanía suya; procuré tranquilizarla diciéndola que aquello se curaría y que no tenía importancia, proponiéndola se hiciera la extracción del cordal cariado, obturación del bicúspide, limpieza de los dientes que en su boca quedaban, y colocación de los aparatos protésicos de los dientes que la faltaban; primero por las molestias que le ocasionaban las muelas cariadas con las temperaturas extremas de frío y calor, y segundo porque al cubrir la bóveda palatina con un aparato protésico evitaría el roce y presión que con la lengua se veía hacía constantemente, pues observé que en el transcurso de su peroración, y tan pronto como dejaba de hablar, no cesaba de oprimir la lengua sobre la bóveda palatina, haciendo gesticulaciones que así lo demostraban; por tal motivo, y por la relación que me hizo de la granulación y salida de pus que por las noches se formaba en el paladar, desapareciendo durante el día sin que dejara huellas esta lesión, comprendí y deduje que se trataba, como antes dije, de una monomanía.

Hice la extracción de la muela cordal, puesto que para nada servía su conservación, por estar aislada y sin articulación; obturé el bicúspide,

limpié los dientes que quedaban en su boca, y tomé las impresiones para la construcción de los aparatos protésicos, dejando que transcurrieran dos días para ver el efecto que había producido todo esto en la enferma, no porque pensara curar con ello sus dolencias, sino por si estas muelas enfermas pudieran haber tenido relación con el principio de esta lesión.

Pasados los dos días, se presentó de nuevo la paciente, y, como era de esperar, me dijo continuaba en el mismo estado, que sólo había encontrado algún alivio, puesto que las muelas ya no la molestaban, una por haber desaparecido y la otra por estar obturada. Esto, señores, es lógico.

Preocupado sobre el asunto para hallar el origen y causas de las molestias y sufrimientos de mi cliente, coincidió el que celebrara en aquellos días sesión científica la Sociedad Odontológica Española; ocurriéndoseme, después de terminada la sesión, consultar este caso á nuestro inteligente y querido compañero D. Florestán Aguilar, solicitando al mismo tiempo tuviéramos una consulta respecto á este caso, esperando su ilustración.

Con la galantería que á dicho señor distingue y el interés que demuestra en todo cuanto á la profesión se relaciona, accedió gustoso á mis deseos, señalándome día y hora para que, acompañado de mi cliente, fuera á su domicilio para tener la entrevista por mí solicitada.

Así lo hice, y después de un reconocimiento minucioso de la cavidad bucal y preguntas y observaciones que le parecieron oportunas, á la enferma, el Sr. Aguilar dió por terminada la consulta; despedimos á dicha señora, citándola para el día siguiente en mi casa para continuar el tratamiento.

Solos y en libertad para cambiar nuestras impresiones, el Sr. Aguilar me manifestó que, según el examen hecho en la enferma, se trataba de un caso de histerismo y, por lo tanto, de una persona auto-sugestionada; que no existiendo lesión alguna en la cavidad bucal que justificara los sufrimientos que decía padecer, y sólo tratarse de una monomanía, debía emplearse el tratamiento de dicho caso por la sugestión, empezando por hacer comprender á la paciente y persuadirla de que se curaría rápidamente; que uno de los tratamientos que debía poner en práctica era aplicación de pequeñas corrientes eléctricas sobre la parte afecta, indicándome además algunas otras cosas.

Yo, por mi parte, hice notar al Sr. Aguilar que, puesto que las corrientes eléctricas referidas por él serían de un efecto curioso para dicha señora, puesto que desconocería por completo estas corrientes, también serían de efecto para la misma las aplicaciones de cloruro de etilo; que esto en nada podía perjudicarla, según mi opinión, y que lo primero que haría sería colocarla los aparatos protésicos de los dientes que faltaban á dicha señora, en primer término por la falta que éstos hacían para la masticación de los alimentos, y en segundo para distraer la presión que con la lengua ejercía constantemente sobre la parte afecta; que le daría algunos colutorios para que, alternando con éstos, se enjuagara la boca, pudiendo estar compuestos de cualquier sustancia, que si en nada podía aliviarla, tampoco perjudicarla, y si con el propósito de que comprendiera que por todos los medios deseaba encontrar su alivio.

Conformes y de acuerdo en todo lo expuesto, me despedí del Sr. Aguilar sumamente agradecido, y á quien en parte debo el interés que me tomé por este caso.

Preocupado sobre este asunto, inmediatamente pensé que los síntomas del histerismo y que deben estudiarse en la paciente son: 1.°, estado del carácter; 2.°, alteración de la sensibilidad; 3.°, alteración de la movilidad; 4.°, desórdenes sobrevenidos en ciertos aparatos; y 5.°, ataque de histerismo.

Pues bien, señores: estudiados detenidamente los síntomas objetivos y subjetivos de mi cliente, encontré: 1.°, su carácter sensible é impresionable, demostrado por el llanto y tristeza que tenía por sus sufrimientos; 2.°, alteraciones de la sensibilidad, demostradas por el hormigueo, calor

y granulación que decía tener en su boca; y 3.°, desórdenes del aparato digestivo, demostrados por la inapetencia y capricho en sus alimentos.

Estos estudios vinieron á ratificar lo dicho por el Sr. Aguilar al indicarme en nuestra entrevista que se trataba de un caso de histerismo, cosa que nunca puse en duda. Pero como la imaginación no pára, y más cuando á uno le preocupa un asunto, sea de cualquier índole, pensé en si se podría tratar de una afección de neuralgia con carácter intermitente, puesto que las molestias se presentaban todos los días y á determinada hora, y ser el origen de estas neuralgias la compresión de algunos filamentos nerviosos de los que da la segunda rama del trigémino, la maxilar superior, compresión ocasionada por las diferentes operaciones hechas á la paciente al tratar de curarla.

Suponiendo que fuera acertado este diagnóstico, ¿qué tratamientos había de emplear para combatirlo? Los tratamientos de las neuralgias son varios, y según las causas deben ser tratados algunos por el cirujano dentista, y todos por el profesor médico; por lo tanto, las neuralgias faciales pueden ser tratadas por el primero, puesto que se localizan en la zona donde éste tiene su intervención.

Entre los diferentes tratamientos que se emplean para la curación de las neuralgias faciales, existe el de aplicaciones de corrientes eléctricas y las de cloruro de etilo, según lo demostró el especialista en esta clase de enfermedades Dr. Loza, en una conferencia dada en la Escuela de Especialidades Médicas.

Suponiendo que esta mi opinión fuera algo acertada, su plan curativo lo teníamos en el tratamiento del diagnóstico que habíamos hecho del histerismo, pero desde luego descarto este segundo diagnóstico.

Estoy molestando vuestra atención con una historia larga, pesada y poco instructiva, relativamente, para vosotros; por lo tanto, espero me dispenséis unos minutos más para terminar de explicaros el tratamiento, curso y desaparición de la enfermedad.

Tratamiento protésico.—Lo primero que hice fué construir los aparatos protésicos de los dientes que faltaban á dicha señora, y su colocación, encargándola que sólo para su limpieza y después de cada comida se los quitara, y de ningún modo lo hiciera para dormir, con lo cual se evitaría roce y presión de la lengua sobre los tejidos y rugosidades del paladar, y de este modo, y al cambiar por completo el sentido del tacto que la lengua ejercía sobre la parte afecta, puesto que antes era rugoso y en parte áspero, y después liso y fino, podía entrar en el ánimo de la paciente el que la granulación y segregación del pus había desaparecido.

Tratamiento terapéutico.—El primer día apliqué las corrientes eléctricas pequeñas y de uno á dos minutos de duración, recorriendo todo el arco alveolar ya indicado, intercalando entre las dos corrientes una aplicación de cloruro de etilo; entregué á la paciente dos botellas, una que contenía agua boricada y otra con agua y un poco de elixir dentífrico, para que, alternando y cada dos horas, se enjuagara la boca, no con el fin de que esto pudiera aliviarla, sino por auto-sugestión, para hacerla comprender y persuadirla de que realizando todo esto su curación sería rápida.

Terminada la primera sesión, hablé secretamente al hermano que la acompañaba, y le dije que aquella misma tarde procurara llevar á su hermana, un poco antes de la hora en que empezaban los trastornos, á un punto donde estuviera distraída y que fuera para la misma de un gran efecto; que, en caso de que por esta distracción se retrasara la presentación de la molestia, hiciera todos los días lo mismo, variando en todo lo posible la distracción.

Durante ocho días seguí este mismo tratamiento, variando sólo en que un día aplicaba dos corrientes eléctricas, aumentando todos los días gradualmente en pequeña cantidad su intensidad, é intercalando un chorro entre una y otra corriente, y al otro día dos aplicaciones de cloruro de etilo y una corriente eléctrica, alternando en esta forma los días sucesivos.

Desde el primer día empezó á producir efectos satisfactorios este pro-

cedimiento; transcurridos los primeros ocho días, seguí el mismo tratamiento otros ocho días más, variándolo sólo en disminuir la intensidad de las corrientes en la misma proporción que las había aumentado, y siendo éstas de menos duración.

Curso y terminación de la enfermedad.—Al ver á la enferma el día después del primer tratamiento, y cambiar nuestro saludo, noté que su semblante estaba más animado, sonriente y más comunicativo; al preguntarla cómo había pasado el día y la noche anterior, me contestó que mejor y como hacía mucho tiempo no lo pasaba; que su apetito, aunque poco, había aumentado; que la molestia de su boca se retraía dos ó tres horas, siendo menos molesta; que la granulación y salida de pus pasó para la misma desapercibida, conciliando el sueño grandes ratos, durante aquella noche, cosa que hacía también bastante tiempo no sucedía.

En los días sucesivos la molestia fué desapareciendo, variando la hora de su aparición; la paciente tenía más apetito, dormía muchas horas seguidas y se permitía bromas con su familia y amigos.

Para terminar, señores, os diré que, transcurridos los diez primeros días del tratamiento indicado, las molestias y padecimientos de la enferma habían desaparecido por completo; el apetito, el sueño y la animación que en ella faltaba de largo tiempo, habían vuelto á renacer, encontrándose en un estado de completo fisiologismo.

El satisfactorio resultado obtenido con mi tratamiento comprueba lo acertado del diagnóstico.

Para hacer éste había procedido por exclusión, pensando que el cuadro sintomático que la paciente ofrecía revelaba que sus terribles molestias tenían que conocer por origen una de las siguientes causas: 1.ª, una afección dentaria; 2.ª, un empiema del seno maxilar; 3.ª, una diátesis (la sífilis, escrofulismo, etc.); 4.ª, el reumatismo; ó, por último, una perturbación de la sensibilidad como fenómeno inherente del histerismo.

Por síntomas objetivos ó subjetivos que la enferma ofrecía, me permitían desde luego descartar las cuatro primeras causas como ocasionales de la molestia, restándome tan sólo en este diagnóstico, por exclusión, la última, el histerismo, como determinante de la enfermedad.

Hubiera titubeado antes de seguir mi plan curativo en esta dirección, de haberse tratado de una intervención quirúrgica que implicara molestias ó peligros para la enferma; pero, considerando el mal psíquico, mi medicación iba á ser puramente sugestiva, y en modo alguno podía perjudicar á la enferma; no dudé ni un momento en llevarle á la práctica.

Los resultados, señores, ya habéis visto cuán satisfactorios han sido: una enferma que, después de varios años de sufrimientos y consultas, llega á nosotros presa de dolores crueles y en un estado de abatimiento moral que no titubeamos en calificar de grave, resulta curada; ¿con qué? pues simplemente por la sugestión, obteniendo por este procedimiento psicoterápico lo que no habían logrado ni el bisturí ni los medicamentos suministrados por manos más hábiles y expertas que las mías.

Supongo que, al escuchar lo antes expuesto, habría cruzado por vuestro pensamiento y me diréis que soy un intruso de la especialidad médica, por haberme inmiscuído en un asunto científico profundo y ajeno para mí, y en el cual sólo pueden intervenir los profesores médicos; pero como la afección estaba localizada en la zona en que el cirujano dentista puede operar, me creí con derecho para ejecutar y tratar dicha afección sin salirme de mis atribuciones, celebrando en absoluto que mis buenos propósitos, al comenzar este tratamiento, no hayan defraudado las esperanzas de nuestro querido compañero D. Florestán Aguilar, al par que mías, sino por el contrario, su aplicación haya sido útil, beneficiosa é instructiva.

DISCUSIÓN

Sr. Aguilar.—El caso que nos ha presentado el Sr. Sánchez es típico. Al hacer el diagnóstico de esa enfermedad, la consideró como una enfer-

medad supuesta, empleando un tratamiento sugestivo, es decir, haciendo creer á la paciente que con aquello se iba á curar, y con aquello se curó.

Yo he tenido otro caso, de una señora que ya no existe, la cual, después de haber empleado una porción de medios para tratar lo que ella decía, fué curada solamente por la sugestón, diciéndola que con tal medicamento se curaría, y presentándole este medicamento como de resultados eficaces, haciéndole creer que era una cosa extraordinaria, y efectivamente, con aquello se curó.

Estoy en un todo conforme con lo manifestado por el Sr. Sánchez, á quien felicito por su trabajo.—(De *La Odontología*.)

Tratamiento de dientes con pulpa enferma, por D. J. D. Losada (Madrid).—Constituye un notable trabajo de considerable extensión, cuyas conclusiones son las siguientes:

Las enfermedades de la pulpa son de estructura y funcionales; las primeras son crónicas y las segundas agudas.

Las primeras pasan generalmente inadvertidas; y, excepto los nódulos pulpares, no necesitan tratamiento.

La hiperestesia es el primer estado morboso funcional; su tratamiento consiste en hacer desaparecer las causas, aplicar sedativos y defender la pulpa de los agentes externos.

Cuando la hiperemia es crónica debe desvitalizarse la pulpa.

No debe ensayarse el *coiffage* de la pulpa más que cuando ha sido expuesta por acto operatorio, si no ha sido lacerada y si se halla en perfecto y normal estado.

En el caso de pulpitis, la desvitalización es el único tratamiento.

El ácido arsenioso es el agente específico para obtener este resultado.

La causa más frecuente de dolor en las aplicaciones arsenicales es la compresión de la pulpa.

Después de desvitalizada debe extirparse completamente la pulpa, desinfectar su canal y rellenarlo.

La anestesia cocaínica por presión es muy útil para anestesiar la pulpa y poder practicar su extirpación inmediata.

El procedimiento de Callaham es el más científico y el más práctico para desinfectar y ensanchar los canales.

Cuando el canal está infecto, su desinfección absoluta es la base de su tratamiento.

La mayor parte de las pericementitis son debidas á la infección del canal pulpar, y deben ser tratadas principalmente por éste.

La desinfección del canal y los revulsivos son los medios terapéuticos que poseemos.

Se llama absceso alveolar una colección purulenta en el interior del alvéolo, debida á la supuración del pericemento y ocasionada, generalmente, por la infección del canal.

El tratamiento debe ser abortivo en su comienzo; y si la supuración se presenta, se debe hacer evacuar el pus y desinfectar el canal, el saco del absceso y el trayecto fistuloso si existe.

El tratamiento de los canales infectos no debe ser inmediato, salvo algunos casos; en la mayoría se debe emplear varios días.

Cuando un absceso sin fístula se muestra rebelde á la terapéutica, se debe establecer una artificial.

En ciertos casos, la reimplantación es el tratamiento más práctico.

Si existe necrosis alveolar, se debe extraer los secuestros y lavar la cavidad resultante con antisépticos.

Es necesario rellenar perfectamente y con asepsia los canales.

Consideramos la gutapercha, sola ó disuelta en cloroformo, como la mejor sustancia empleada para rellenar los canales.

Las esencias y los compuestos de formol son los antisépticos mejores y más prácticos para los dientes.

La momificación de la pulpa es muy útil y el único tratamiento posible para algunos dientes.

DISCUSIÓN

Dr. Amoedo.—Yo lamento que el Sr. Losada no haya podido hacer la lectura completa de su comunicación; pero, sin embargo, por lo que se deduce de sus conclusiones, yo creo que estamos de acuerdo en todo, excepto sobre dos puntos.

El primer punto de discusión es el empleo del formol y sus derivados, y de los aceites esenciales. Yo he prescindido de estos productos á causa de la irritación que provocan sobre el pericemento. Aconsejo para las curas en los dientes con pulpa muerta el iodo y sus derivados, iodoformo, iodol, xeroformo, aristol, etc. El iodoformo tiene el inconveniente de su olor; mas sus efectos son tan eficaces, que compensan este pequeño inconveniente.

El otro punto sobre el cual no estamos de acuerdo es sobre la indicación de la reimplantación como tratamiento en los dientes con pulpa muerta. Nunca se puede obtener el restablecimiento de las funciones fisiológicas del ligamento alvéolo-dentario después del injerto de un diente. Este tratamiento, único conocido de los primeros dentistas, Huntes, Jourdaine, Fox y otros, fué muy puesto en boga por Magitot; mas hoy no creo que existan muchos dentistas que lo practiquen, y no puedo por menos de lamentar el verlo aconsejado en este Congreso.

Sr. Losada.—Voy á contestar en español al Sr. Amoedo. Lo que menos esperaba yo era que el Dr. Amoedo, el apóstol de la implantación, hablara así. Yo sólo aconsejo la reimplantación en determinados casos.

Respecto al empleo de los aceites esenciales, es clásico. Yo hace un año que los empleo con buen resultado. El formol es irritante en soluciones fuertes, pero al 1 por 1.000 se puede emplear. Y nada más; como la discusión ha sido breve, breve es la réplica.—(De *La Odontología.*)

Un caso de ectopia testicular derecha, y la vigente ley de excepciones para el ingreso en los cuerpos del Ejército y la Armada, por los Dres. Leovigildo Rubio y Angel Calleja y Alonso.—Tal caso se ha presentado este año en Sabiote (Jaén), en un recluta del actual reemplazo dado por inútil por los dos médicos que firman, titulares ambos de la localidad.

La revisión de este recluta ante los compañeros de la Comisión mixta de dicha provincia ha merecido otro fallo: la declaración de utilidad del referido mozo.

Suponemos nosotros, los titulares, que para dictaminar de esta manera los citados y muy respetables compañeros se han atenido sola y estrictamente á la letra del expresado cuadro de excepciones, por cuanto aseguramos que de su ilustración y recto juicio no hubiese resultado tal informe, á no tener que ajustarse y someterse á la ley, deficiente por desgracia en este caso. Helo aquí reseñado:

Nacido dicho mozo N. M. R. en Puerto Real (Cádiz), é hijo de distinguida familia, notáronle los padres, á los pocos días del nacimiento, un tumorcito en la región inguinal derecha, del volumen de un garbanzo, fijo é irreductible, para el cual hubieron de proponer algunos médicos la aplicación de un braguero, idea que fué rechazada con acierto por otros, que vieron coincidir con dicho tumorcito inguinal la ausencia del testículillo derecho en las bolsas ó en el compartimiento correspondiente de las mismas.

Así las cosas, y continuando el niño su crecimiento, ha llegado hoy á

la adolescencia, presentando durante todo este tiempo dolorosos trastornos y alteraciones, que ya expondremos en el estado actual, y que estallan y desaparecen con intermitencias variables de frecuencia y duración, coincidiendo la presentación y ausencia de estos trastornos con la presencia y desaparición á un tiempo del tumorcito inguinal ya repetido.

Actualmente es éste, cuando hemos tenido ocasión de apreciarlo en su propulsión, un tumor ó abultamiento del volumen de una almendra, liso y renitente, situado en el trayecto inguinal derecho, doloroso á la presión, inmóvil é irreductible por la taxis, quizá porque á los intentos siquiera de esta maniobra resiste enérgica y rotundamente el enfermo; tumor en el que se desarrollan tal cual vez síntomas inflamatorios, y que da margen además á reflejos muy parecidos á los de la estrangulación herniaria y del choque traumático, tan acentuados en algunas ocasiones que han dado motivos á creer ó sospechar por momentos en peligro la existencia del enfermo. Dichos síntomas reflejos han desaparecido tan luego como ha sido reintroducido en la cavidad abdominal dicho tumor, bien por la taxis alguna vez consentida por el paciente, ó ya espontáneamente, por haber adoptado éste determinada actitud, el decúbito supino con ligera inclinación del tronco y flexión y abducción de los muslos.

La aparición del tumor es inexplicable y sin causa justificada unas veces, y otras, las más, con ocasión de algún esfuerzo, en la marcha, y nunca en cama ni durante la quietud y reposo. Se acompañan todos estos síntomas objetivos y subjetivos de otro síntoma, y también objetivo y de gran importancia, cual es la ausencia completa en el compartimiento escrotal derecho, casi atrofiado, de la glándula testicular correspondiente, al contrario de la opuesta, que se toca en su sitio respectivo y en estado normal de desarrollo. Es, pues, éste un caso de *mono-criptorquidia abdómino-inguinal derecha*, con la existencia simultánea y casi obligada y necesaria de una *hernia intersticial* del epiplon é intestino.

Investigando todavía más en nuestro enfermo, y tratando de averiguar el grado de estrechez del anillo inguinal externo, apreciamos en esta exploración, llevando, es natural, para hacerla, la piel del escroto por delante del dedo, la imposibilidad completa de insinuarlo, y menos de introducirlo en el trayecto inguinal, dada la tensión é inserción tan próximas de los pilares del anillo, á pesar de intentar forzarlo con alguna violencia.

Sentados ya estos precedentes, ocurre desde luego preguntar: ¿á qué obedecen, pues, estas alteraciones, estos trastornos patológicos, estas crisis de dolor y de colapso en nuestro enfermo? Hagamos, para contestar, alguna historia de embriogenia. Sabido es que la glándula sexual se forma del mesodermo, apareciendo esbozada hacia la quinta ó sexta semana de la vida intrauterina, por una línea ó manchita blanca, situada entre el cuerpo de Wolff, por fuera, y el mesenterio por dentro, que ya diferenciado el sexo, al final del segundo mes, y luego de acaecidas otras transformaciones complementarias en su estructura y conformación que no son del caso describir aquí, empieza á descender la glándula, la cual, ya formada, se insinúa en el anillo inguinal interno, atraviesa oblicuamente la pared abdominal, fraguándose un trayecto (trayecto inguinal), llevando tras de sí las partes constitutivas del cordón y empujando en este camino la *fascia transversalis* y el peritoneo, cuyas membranas han de constituir más tarde las túnicas fibrosa y serosa de las bolsas. Esta marcha se termina hacia el octavo mes del embarazo, cayendo el testículo en las bolsas y cerrándose todo el trayecto inguinal recorrido á los veinte días después del nacimiento, mediante un fuerte cordón fibroso, que interrumpe la comunicación peritoneo-vaginal, quedando así el testículo definitivamente fuera del vientre y dentro de sus envolturas naturales del escroto.

Pero ¿qué es lo que sucede durante esta emigración testicular para que el descenso no sea completo? Remontémonos otra vez, para contestar, al comienzo embriogénico. Sabemos también que el peritoneo suministra al testículo en formación un pequeño mesenterio *(mesorchium, guberna-*

culum testis ó de Hunter), del que salen dos repliegues, superior é inferior. Describiremos nada más que este último, por ser el que sólo nos incumbe para nuestro asunto. El repliegue inferior del *gubernaculum testis* es un cordón muscular, único por arriba, donde se inserta en el testículo, epidídimo y conducto deferente, y dividido por abajo en tres haces ó manojos: externo, medio é interno. El haz externo se inserta en el arco crural, y atrae por su contracción el testículo hacia el orificio interno del conducto inguinal; el haz medio se inserta en el fondo del escroto, á cuyo sitio hace bajar el testículo después que el haz interno, insertándose en la espina del pubis, le ha hecho atravesar todo el trayecto inguinal. Ahora bien, ¿qué sucede en este *gubernaculum*, en el testículo mismo, en el conducto inguinal que recorre, ó en todo su trayecto abdómino-escrotal, para evitar su caída en el escroto? Es este asunto insuficientemente esclarecido para determinar con fijeza el sitio y las causas que á ello contribuyan. ¿Consisten en la atrofia, parálisis ó exagerado desarrollo del *gubernaculum?* ¿Están en el testículo mismo, que se inflama y adhiere durante su migración á las partes circunvecinas, ó en la irregularidad de su desarrollo, desproporcionado al desarrollo del orificio inguinal externo? ¿Consisten en los pilares de este anillo, cuya inserción fuese más estrecha y su tensión mayor? ¿No pudiera hallarse también el obstáculo en la *fascia transversalis* ó en el peritoneo mismo? ¿O creemos, con Robín y Rouget, que el descenso del testículo obedece á su peso y á la presión sobre él de las vísceras abdominales? De cualquier modo que ocurra, ello es que la consecuencia lógica de esta retención en la cavidad abdominal, ó mejor dicho, de esta detención en el trayecto inguinal del órgano de la generación, del testículo, es la que resulta de la permeabilidad ó persistencia del trayecto inguinal, simulando éste una fístula ciega interna, y resultando á su vez de esta anomalía, de este vicio de conformación, las consecuencias patológicas que hemos reseñado en el estado actual, y otras más graves aún, más serias, más importantes, como son las terribles y ocasionadas por la estrangulación herniaria, toda vez que sabemos perfectamente que á esta ectopia testicular va unida siempre, de modo casi obligado y necesario, una variedad de hernia congénita; el segundo grado de hernia inguinal, la hernia intersticial, relacionada, muy estrechamente enlazada, digámoslo así, con la monocriptorquidia inguinal, hernia de las más susceptibles á sufrir la estrangulación por las circunstancias ó condiciones anatómicas, por demás conocidas, que concurren para el caso.

Ahora bien: expuesta esta historia patológica y examinadas las causas y los peligros que trae consigo este vicio congénito de conformación, llegamos, por último, al punto más esencial de nuestro artículo, preguntándonos y preguntando: ¿Es posible que en las condiciones apuntadas el individuo objeto de nuestra historia pueda ejecutar ningún esfuerzo, emprender una larga marcha á pie ó á caballo; en una palabra, prestar servicio militar en ningún Arma sin exponerlo á correr la triste aventura de ser acometido y sorprendido repentinamente, como hoy en su vida ordinaria le sucede con frecuencia, de uno de esos tan temidos y graves accesos de dolor y de colapso motivados por la propulsión y compresión estrangulada del testículo, epiplon é intestino dentro del trayecto inguinal? ¿No hemos dicho y repetimos que la ectopia testicular inguinal y el segundo grado de hernia inguinal, la hernia intersticial, marchan siempre juntas en mutuo consorcio y simultaneidad? ¿Por qué, pues, no ha sido dado por inútil este mozo, si dentro del referido cuadro de excepciones, en su clase 2.ª, orden 5.º, núm. 57 (1), y en la misma clase 2.ª, orden 7.º, núm. 86 (2), existen las causas de su excepción? ¿Por qué no incluir aquí al mozo en estos números del cuadro? Pues aunque el segundo número citado del cuadro no le comprenda en absoluto por referirse á los dos tes-

(1) Hernia ó hernias de las vísceras abdominales de todas especies y graduaciones.
(2) Falta de los testes con ausencia de los atributos de la virilidad.

tes, ¿acaso no son bastantes las causas invocadas en el primero? ¿Ó es que se pretende que á este mozo hoy, y mañana soldado, se le presente en alguna tarea del servicio militar una, y muy grave, de las más graves estrangulaciones herniarias, la de la hernia inguino-intersticial, que haga peligrar su vida, tanto más cuanto que para salvarla habría que exponerlo á los peligros de una delicada, difícil y complicable operación? ¿Va á servir, por el contrario, este mozo con un braguero puesto? ¿O se le distinguiría llevándole á una oficina ó portería de algún alto jefe?

Ciertamente que fueron los legisladores de 1874 más previsores ó más humanitarios que los de 1878, incluyendo en el cuadro de excepciones de aquella fecha esta causa de inutilidad, la ectopia testicular, que á los segundos, á los del 78, si bien no les pasara inadvertida, la descartaron al menos del referido cuadro.

Dejemos, pues, y para terminar, á las respetables consideraciones de los muy ilustrados compañeros del Ejército y Armada este triste caso, y vean la verdad de estas reflexiones, tanto más de lamentar cuanto que recaen en un desgraciado hijo de otro no menos desgraciado compañero de profesión, acreedor por todos conceptos, por la ley, la razón y la verdad, á todo género de distinciones, siendo la más principal que pedimos la de la justicia, ya que en España al que se le otorga se le hace objeto sinónimo de distinción. ¡Rara merced en este país, y tan abundante en otros!...—(De la *Gaceta Médica de Granada y del Sur de España.*)

Contribución al estudio de la difteria (1) (serie de 202 casos), por el Dr. José Penna, *Académico titular de la Facultad de Ciencias Médicas de Buenos Aires y Profesor de Epidemiología, Director de la Casa de Aislamiento*, y el Dr. Pérez Avendaño, *Jefe del servicio de difteria de la Casa de Aislamiento, Miembro corresponsal de la Sociedad de Pediatría de París.*

LA DIFTERIA EN BUENOS AIRES.—LA DIFTERIA EN LA CASA DE AISLAMIENTO

En la ciudad de Buenos Aires la disminución de la difteria, siempre endémica, es un hecho, de que dan bien cuenta las estadísticas publicadas. Verdad es que éstas, en una gran capital como la nuestra, sólo son precisas y completas en cuanto á mortalidad se refiere, puesto que la cifra de la morbilidad es imposible obtenerla. Pero dicha mortalidad, que razonable es creer que guarde relación directa con la morbilidad, nos permite bien apreciar esta disminución. Así, por ejemplo, en el año 1890 hubo 1.037 muertos, al paso que en el de 1900, diez años más tarde, sólo se contaron 245.

En los hospitales, adonde acude el proletariado, se hace sensible también, aunque no de manera tan marcada, esta disminución. El nuestro no ha hecho en cierto modo excepción á este estado de cosas; á pesar de ello, el servicio de difteria se nota desde hace algunos años con densidad de enfermos variable dentro de muy estrechos límites. Ello ha de responder á que, cada día que pasa, la aversión de las gentes hacia los hospitales es menor, resultando, por tanto, una mayor afluencia.

Pero ¿dónde encontrar la explicación de la disminución de la difteria en la capital, teniendo muy principalmente en cuenta que nuestra densidad de población, lejos de disminuir, aumenta?

Lo está, á nuestro modo de ver:

---

(1) Comunicación al II Congreso Médico Latino-Americano, reunido en Buenos Aires del 4 al 11 de Abril de 1904.

1.° En los progresos de la higiene, la cual poco á poco va convirtiendo á toda esa gente de baja clase, sucia por excelencia, y á la que la morbilidad en general debe sus altas cifras.

2.° En el aislamiento que con rigor se impone desde que se produce un caso, y que da la clave del aumento relativo de los enfermos de hospital.

3.° En la profilaxia que se hace por las autoridades, con la cooperación del cuerpo médico, y que resulta cada día más severa.

4.° Y como, entrando en el dominio de esta última, la aceptación por parte de las familias y de los médicos de la vacunación preventiva, lo que hace de más en más raras esas epidemias familiares y de colegio, tan frecuentes hasta hace muy poco.

—

Nuestra ciudad, decíamos, tampoco se aparta de la estadística mundial en cuanto á mortalidad se refiere, y ella ha disminuído de manera bien apreciable.

Pero si esto puede decirse de la estadística global de la capital, desgraciadamente no pasa lo mismo en cuanto se refiere á nuestro servicio en la Casa de Aislamiento, en que la disminución no es tan franca, dándonos un promedio de 28,22 por 100 para nuestra serie de 202 casos, estudiados en los años 1902-1903.

Aquí se paga tributo á la ignorancia crasa de los clientes de hospitales, mil veces más exagerada cuando de niños se trata.

La exageración del cariño hacia sus hijos en las criollas del bajo pueblo es verdaderamente sin igual, y la idea de la separación temporaria de un vástago para pasar á un hospital las pone fuera de sí. Desesperan, pero aguardan el último momento para llevar casi moribundo el enfermito al hospital. Y tan es así, que cada año se cuentan varios muertos en la sala de espera del establecimiento, antes de llegar á nuestro servicio.

Recordando esto, no asombrará nuestra estadística, en la que hemos cuidado de anotar claramente estos casos, que en rigor deben descontarse al estudiar el porcentaje de la mortalidad hospitalaria, y con lo que nuestra cifra cae á sólo 21,78 por 100 de muertos.

Es tal el estado de gravedad en que nos llegan los enfermitos, que entre los que sucumben pocas horas después de su ingreso y dentro del primero y segundo día suman 34 casos sobre el total de defunciones de nuestra serie, que alcanza solamente á 57.

Por otra parte, que el número de enfermos tratados en nuestro servicio no sea grande y quede, con pequeñas oscilaciones, casi estacionario, lo explica también el hecho de que hasta hace poco aquí era donde exclusivamente se atendían estos enfermos, al paso que hoy el Hospital de Niños y la Casa de Expósitos tienen servicios afectados especialmente á la enfermedad loeffleriana. A más, puede agregarse el hecho de que en algunos hospitales municipales suelen atenderse de cuando en cuando casos aislados de difteria.

EL SERVICIO DE DIFTERIA EN LA CASA DE AISLAMIENTO. SU DISTRIBUCIÓN. LA CÁMARA DE VAPOR

Nuestro hospital, transformándose año tras año hasta el momento actual, en que puede ser presentado como un establecimiento modelo en su género, cuenta con un pabellón especial afectado al servicio de la difteria. Aunque él no ha sido levantado expresamente para su destino actual, se le ha adaptado de la mejor manera y se completará en breve, dividiendo la gran sala en seis ú ocho *boxes*.

La construcción, de acuerdo con todas las exigencias de la higiene moderna, responde admirablemente á su objeto: luz abundante, cubaje de aire excesivo, ventilación bien asegurada, etc. La calefacción, mientras

se efectúa la instalación completa de todo el establecimiento, se hace, y de manera satisfactoria, con la ayuda de estufas á kerosene (petróleo).

He aquí la distribución interior:

Dos cuartos son destinados á las enfermeras. Tratándose de la difteria, no debe sorprender el hecho de que las enfermeras ocupen el mismo pabellón. Una ó dos enfermeras de guardia no bastan para las intervenciones que á cada instante se requieren, y muchas veces, por la noche, es necesario recurrir á las enfermeras que no están de servicio para efectuar un tubaje, una traqueotomía. Creemos, pues, que en un pabellón destinado á la difteria hay verdadera ventaja en que las enfermeras estén en el mismo alojadas.

Una pieza corresponde al baño y lavatorio de enfermos, provistos de un aparato á gas para calentar el agua.

Otra pieza, con capacidad para tres ó cuatro camitas, es destinada al aislamiento y observación de enfermos en los cuales el diagnóstico de difteria deja lugar á dudas ó en que existe otra asociación mórbida.

Generalmente también, todo enfermo nuevo es allí alojado hasta que el diagnóstico bacteriológico confirme el diagnóstico clínico; y entonces pasa á la sala general.

La sala es amplia; tiene diez camitas para niños y cuatro camas para adultos, que ocupan cada uno de los ángulos.

Un corredor ó pasadizo conduce á las dependencias: lavatorio-ropero, cocina y w. c.

Enfrente, rematando el pabellón, está la cámara de vapor, destinada á los enfermitos de crup y bronconeumonía. Es un exágono irregular, de unos treinta metros cuadrados de superficie, lleno de luz y provisto de cuatro camitas, número que en muchos casos se ha aumentado á seis, sin sacrificar en manera alguna las condiciones higiénicas de los enfermitos. Es una colosal cámara de vapor, la mayor de que tengamos conocimiento. La calefacción de ella está asegurada por estufas á petróleo, llegándose con una ó dos de ellas á mantener fácilmente una temperatura constante de 20 á 22°. El generador del vapor es un pulverizador Lucas-Championnière de gran formato.

La caldera es de unos diez litros de capacidad, marcha á gas, y alimenta cuatro chorros de vapor que son proyectados á un metro de distancia.

Esta cámara presta los mayores servicios, pues convencidos estamos de que cualquier tratamiento puesto en práctica contra las complicaciones bronco-pulmonares de la difteria es deficiente, si no se asegura al enfermo una atmósfera templada y húmeda; y ello, bien entendido, en condiciones permanentes. Si este requisito, sutil para muchos prácticos, se difundiera (nos referimos á la clientela privada), muchos casos de bronconeumonía no tendrían terminación fatal, y muchos otros, tomados á tiempo, serían incuestionablemente evitados.

LOS ENFERMOS DE DIFTERIA DE LOS HOSPITALES.—CONDICIONES EN QUE INGRESAN.—INFLUENCIA DE ELLAS SOBRE LAS COMPLICACIONES Y EL PRONÓSTICO

Los enfermos de difteria de los hospitales, lo mismo que los de otras enfermedades, pertenecen, en término general, al proletariado de nuestra gran metrópoli y de sus extendidos alrededores.

Pero entre los de difteria vense muchas veces pertenecientes á clases un tanto más acomodadas, cosa que encuentra su explicación en las dificultades que hay para atender en el público estos enfermos, principalmente cuando de crup se trata y sean intubados ó traqueotomizados. Son, además, asistencias muy dispendiosas para las familias, y, por otra parte, puede agregarse también que, desgraciadamente, muchos son los médicos no familiarizados con las prácticas del tubaje y de la traqueotomía. Nece-

sítanse, igualmente, cuidadoras ó enfermeras adiestradas, y todo ello se aúna para que los médicos no vacilen en aconsejar su pase al hospital.

Pero esta indicación no es bien recibida la mayoría de las veces; mientras tanto la enfermedad sigue su curso, la asistencia médica en este elemento social se hace con demasiada irregularidad, y cuando menos lo piensan, los accidentes asfíxicos de un crup son inevitables y se repiten, ó las complicaciones de una angina diftérica han invadido ya. Es recién en este momento que los padres desolados, pagando tributo á la exageración de un amor mal entendido, vuelven sobre sus pasos, reconocen la inminencia del peligro, la impotencia de sus propios medios, y se deciden á trasladar el enfermito al hospital.

¡Cuántas veces las ambulancias de la asistencia pública no han resultado ser los lechos de muerte de infelices criaturitas, que sucumben víctimas de la ignorancia de sus padres, de la falta de influencia y de poder moral del médico tratante; víctimas, en fin, hasta de la falta de leyes protectoras de la infancia!

Agréguese á esto que en estas viviendas de pobres se descuida la asistencia hasta el punto que de los 202 casos de nuestra serie, sólo 38 habían recibido inyección de suero, y recuérdese que la mayoría, ya lo hemos dicho, nos llegan en un tercero y cuarto día de enfermedad.

Puede así formarse una exacta idea del estado en que ingresan los enfermitos, de crup principalmente, á nuestro servicio, extenuados por una lucha horrible para aportar aire á sus pulmones, mientras llega una cánula ó un tubo laríngeo salvador.

Apoyan las estadísticas esta manera de considerar la cuestión. Raras veces nos es dado mostrar á los estudiantes casos de crup de primer grado: son *rara avis* en nuestro servicio.

Por otra parte, los crups secundarios, que antes se producían á la vista de uno como preparación de la angina diftérica, hoy, debido al manejo certero del medicamento específico, no se ven.

En síntesis, pues, los enfermitos de crup nos llegan, en la enorme mayoría de los casos, en estado desesperante.

Número de días de enfermedad que traen los pacientes, con la cifra correspondiente á su mortalidad en cada caso: la mayor parte de ellos nos llegan en su tercer día, y son precisamente ellos los que comportan mayor número de muertos.

Dada la categoría de la clase social que provee de enfermos á los hospitales, gente pobre por excelencia, y mucha de ella pasando verdadera miseria, que debe compartir la prole siempre numerosa, se comprende la poca ó ninguna resistencia orgánica de nuestros clientecitos, muchos de ellos antiguos raquíticos, atróficos, tuberculosos, etc., ó con taras hereditarias bien marcadas, y que sucumben sin duda alguna por su miseria fisiológica.

He ahí la razón del pronóstico sombrío que importan casi todos estos enfermitos de hospitales. La lucha es desigual, y, lo que es más, ésta no se inicia en buenas condiciones sino muy tarde, cuando las probabilidades de éxito fatalmente han desaparecido.

FORMAS CLÍNICAS DE LA DIFTERIA OBSERVADAS EN LA SERIE DE 202 CASOS

No han sido relativamente estos dos últimos años proveedores de tantos casos de difteria, y las formas clínicas no han ofrecido tampoco mucha variedad.

La gran mayoría de los casos ha estado representada por la difteria faríngea (100 casos), la manifestación loeffleriana más común de todas las épocas seguramente. Una buena parte de ellos constituye la difteria simple, benigna, local, de Sevestre, de evolución franca, y que, poderosamente ayudada por la medicación seroterápica, sólo produjo defunción por la complicación bronconeumónica. Los casos de difteria tóxica, generali-

zada, de Sevestre, por oposición á la forma anterior, fueron muy reducidos y con cortejo de síntomas siempre graves, ante los cuales más de una vez comprobamos la impotencia del suero, y debido esto, quizá en mucha parte, á lo tardío de la intervención terapéutica.

Sigue en orden de frecuencia la manifestación laríngea de la difteria, el crup, que nos ha ofrecido un total de 59 casos. Continuamos fieles á la creencia de la extrema rareza de los casos de crup primitivo, atribuyendo este diagnóstico ó calificación de la forma mórbida, las más de las veces, á la impresión ocular siempre deficiente, pues sucede muchas veces que muy ligeras manifestaciones faríngeas, y corizas ligeros también, pasan desapercibidos, estando toda la atención atraída por los síntomas del crup, siempre inquietante. Es así que muchas veces se suscribe el diagnóstico de crup primitivo sin haber tomado en cuenta tales lesiones, que no fueron otra cosa que la puerta de entrada de la infección loeffleriana, y que colocan, por tanto, al crup en la categoría de secundario.

Hay aún más: esa secreción nasal y esas mucosidades faríngeas debieran ser analizadas antes de suscribirse el diagnóstico, cosa que, en término general, poco se hace en los servicios de hospitales, y en la clientela privada jamás.

Por otra parte, puede el bacilo de Loeffler, según investigaciones de Roux y Jersin, existir sobre las mucosas inflamadas de amígdalas y *farinx* de sujetos atacados del llamado crup *d'emblée*, sin producir la formación de pseudo-membranas, que sólo tendrían lugar en el *larinx*. Un coriza, que podrá ser diftérico, sin producción de falsa membrana, y que no se le dará valor, viene á constituir el elemento determinante. Impónese, pues, la investigación minuciosa que hoy tenemos iniciada con la ayuda de la bacteriología, para aclarar este punto.

No es seguramente más que un interés científico el que guía en esta dilucidación, que en cuanto á evolución de la enfermedad y beneficio inmediato para el enfermo nada se adelanta. La clínica hasta hoy no nos ha dado margen á sacar conclusiones sobre la evolución y pronóstico del mal por el hecho solo de esta concomitancia.

Siguiendo la división de Barthez (1859), reconocemos al crup tres períodos ó grados—siendo casi solamente los de segundo y tercero los que podemos observar en nuestro servicio, debido á las circunstancias ya anotadas. Sin embargo, hemos atendido algunos casos de un primero y hasta de un segundo grado, de verdadera benignidad,—y en los cuales sólo la medicación específica bastó para establecer la desaparición de accidentes.

Ningún caso de crup hemos observado con reacción inflamatoria considerable de los ganglios del cuello; siempre ésta ha sido poco acentuada, haciendo contraste con la que hemos observado en los casos de difteria faríngea intensa y tóxica, y que nos ha parecido siempre estrechamente ligada á la malignidad y gravedad del caso.

Hemos observado igualmente la mayoría de los casos de crup con reacción febril moderada y pulso sin grandes separaciones de lo normal, salvo en los casos de complicaciones y en aquellos en que, por una ú otra causa, se ha dejado luchar mucho al enfermo contra su estenosis laríngea y la asfixia inminente.

Una buena parte, y hablamos siempre del crup exento de complicaciones, han sido casos de evolución franca y rápida, sin necesitar otro recurso que el de la medicación específica.

La asociación clínica de difteria faríngea y laríngea nos ha permitido la observación de 31 casos llegados del exterior, ó sea del público, con ambas manifestaciones, y requiriendo algunos de ellos intervención operatoria inmediata y otros atención muy especial, dados los síntomas de intoxicación general.

Dentro de las manifestaciones faríngeas nos ha sido dado observar pseudo-difterias, anotadas bajo los diagnósticos de angina pultácea, angina lagunar, etc.

Del mismo modo, nuestro cuadro registra laringitis varias, que en dos casos lo fueron catarrales y en uno secundaria al sarampión, ninguna de ellas específica, á estar á las comprobaciones de nuestro laboratorio.

Casos aislados de difteria nasal, bucal, etc., no han desfilado por nuestro servicio; todos ellos han ido acompañando las anginas de igual naturaleza.

Como se ve, en nuestra serie las formas clínicas de la difteria y sus distintas modalidades no se han apartado de sus delineamientos generales y clásicos, habiendo sólo contribuído estos dos años últimos de observación, con sus doscientos y tantos casos, á afirmarnos en las apreciaciones que se leen en el curso de este trabajo.

TOPOGRAFÍA DE LA ANGINA DIFTÉRICA

Desde fines del año 1901 inauguramos en el servicio la representación gráfica de las manifestaciones faríngeas de la difteria, que nos permitiría más tarde, y de una manera fácil, el estudio de la *topografía* de la afección.

En cuatro casillas similares dispuestas con el esquema de la región faríngea, nos permiten representar ó reproducir fielmente, con la ayuda de lápices de colores, su estado, su aspecto mórbido. Y hemos convenido en representar en azul las falsas membranas y en rojo la reacción inflamatoria de la región; el tono más ó menos subido ayuda á comprender bien la intensidad de las lesiones.

El interés inmediato de este sistema es el de poder, en estudios posteriores, representar el caso con la mayor exactitud, al mismo tiempo que el de poder establecer los sitios de predilección de las falsas membranas.

Hay algo más, y de interés, para la enseñanza en las lecciones clínicas. El alumno que sabe que después de haber examinado una garganta debe proceder á diseñarla, la mira, la observa mejor, consiguiéndose así que su impresión y su recuerdo sea más duradero.

A pesar de las exiguas dimensiones de la región que estudiamos, su *topografía* mórbida es variada y puede llevarnos, si no á conclusiones sobre la evolución y pronóstico de la enfermedad, á agrupar al menos los distintos tipos.

Y hemos de reclamar el derecho de ser los primeros, al menos entre nosotros, que hayamos iniciado metódicamente este estudio especial.

Con especial cuidado hemos efectuado los *levantamientos topográficos* en 123 casos, y podemos establecer con ellos la siguiente clasificación con las cifras que nos indican su mayor ó menor frecuencia,—clasificación sujeta, como es muy natural, á muchas variedades, según las series.

Topografía de la angina diftérica.

1.	Implantación	amigdaliana	bilateral, débil	28	casos.
2.	íd.	íd.	íd. intensa	23	»
3.	íd.	en islotes (recordando la angina lagunar)		23	»
4.	íd.	de amígdalas invadiendo la úvula		14	»
5.	íd.	amigdaliana unilateral		14	»
6.	íd.	de amígdalas invadiendo la epiglotis		5	»
7.	íd.	amigdaliana, nasal y bucal		5	»
8.	íd.	íd.	invadiendo la faringe	4	»
9.	íd.	íd.	epiglótica y nasal	5	»
10.	íd.	íd.	con puntos hemorrágicos	2	»
			TOTAL	123	»

Como puede observarse, la implantación sobre ambas amígdalas á la vez, al segundo ó tercer día, que es cuando nos llegan los enfermos al hospital, es la más frecuente, llegando casi á la mitad de los casos.

Los dos primeros tipos comprenden los casos de neoformaciones muy extendidas en superficie, y en los que sólo se cuentan una ó dos falsas membranas sobre cada superficie amigdaliana.

La tercer categoría, notable también por su frecuencia (23 casos), abarca desde los casos en que las falsas membranas son pequeñísimas, del tamaño de una cabeza de alfiler, hasta las fácilmente apreciables, constituyendo islotes y reproduciendo el tipo de la conocida angina lagunar.

La cuarta categoría pone de manifiesto la rareza con que la úvula es invadida, á pesar de su contigüidad con la región atacada.

Los casos de implantación de amígdala y pilares de un solo lado no son tampoco numerosos. Es digno de mención, mientras tanto, la predilección, la frecuencia con que el lado derecho es atacado. Sobre estos 14 casos de implantación unilateral, salvo dos ó tres, todos corresponden á amígdalas y pilares del lado derecho.

Llama la atención igualmente, cuando se recorren estos trazados topográficos, algo diríase relacionado con lo que acabamos de consignar, y es la mayor intensidad que —salvo pocas excepciones, al menos en nuestra serie—revisten las manifestaciones del lado derecho en los casos de implantación bilateral. ¿Es una simple coincidencia? ¿Habrá razón alguna que explique esta aparente preferencia?

Para concluir, anotaremos que de rareza extrema han resultado para nosotros las localizaciones nasal, bucal, epiglótica y del fondo del *farinx*, así como los casos de anginas francamente hemorrágicas.

BACTERIOLOGÍA CLÍNICA DE LA DIFTERIA.—DIFTERIAS Y PSEUDO-DIFTERIAS

Inútil insistir sobre la importancia cada día más creciente de la bacteriología aplicada á la clínica, y sobre la ayuda considerable que comporta para el diagnóstico en enfermedades como la que nos ocupa, caracterizada precisamente por la presencia de un microorganismo especial, productor de la falsa membrana, y la cual, en más de un caso, puede ser producida por otros microorganismos en manera alguna específicos.

Impónese, pues, en difteria el análisis de pseudo-membranas, mucosidades, exudados, etc., para plantear un diagnóstico de precisión y despistar las pseudo-difterias.

Es así que sistemáticamente cada caso pasa por el control del análisis bacteriológico, que viene á ratificar ó rectificar nuestro diagnóstico clínico.

Doce casos, ó sea un 5,94 por 100, han pasado solamente sin este control. Ellos responden á enfermos que no han dado tiempo á que el requisito sea llenado—han sucumbido antes.

Ahora bien: sucede frecuentemente que anginas consideradas diftéricas por la clínica no son confirmadas por la bacteriología, la cual no denuncia la presencia de bacilos de Loeffler (16,83 por 100). En el resto de los casos, ó sea en un 72,22 por 100, ambas marchan de acuerdo.

Esa disidencia anotada abre dudas, obstaculiza muchas veces indicaciones terapéuticas, y hasta parece justificar errores.

Se olvida, en verdad, que los recursos de la bacteriología no son infalibles, y que sus investigaciones no son perfectas, estando, por tanto, sujetas á posibles causas de error.

Compréndese, pues, que un análisis positivo sea concluyente; pero uno negativo, no. ¡Cuántas veces la insistencia, un nuevo análisis, ha venido á revelar la existencia del bacilo!

Sabido esto, que sólo lo enseña el estudio de centenares de casos, debe quedar sentada la preferencia tácica que ha de acordarse á la clínica. Procediendo de este modo se gana tiempo, y no habrá jamás que deplorar un retardo, injustificado á nuestro modo de ver, en la intervención terapéutica.

Algo más, en muchas *difterias clínicas* no bacteriológicas, la medicación específica actúa muy favorablemente; y cuando así no resulta, en nada perjudica al paciente. ¿Por qué retardarla, pues, aun en los casos vagamente sospechosos, y no intervenir aun antes de esperar el resultado del análisis bacteriológico? He ahí nuestra norma de conducta.

Sistemáticamente, en nuestro laboratorio, al análisis directo de las falsas membranas, exudados, etc., sucédenlos cultivos hechos con los mismos, y que no resultan ser otra cosa que una operación de control.

Actuando de tal suerte, 156 casos han revelado la presencia de bacilos de Loeffler, ya puro, ya asociado á sus compañeros habituales, al estreptococo ó al estafilococo, ó á ambos á la vez.

En ningún caso el solo examen bacteriológico, por el hecho de estas asociaciones, hubiera permitido pronunciarse sobre la gravedad del caso. Estas no parecen guardar relación directa con la malignidad, desde el momento que es dado observar estrepto y estafilo-difterias, de formas localizadas, muy benignas, al paso que otras resultan ser generalizadas y tóxicas, de pronóstico sombrío. La clínica sola es aún la soberana para avanzar los delineamientos en cada caso particular.

La bacteriología no ha constatado la presencia de bacilos de Loeffler en 34 casos, número que representa, según ella, el de las pseudo-difterias.

Pero todas estas pseudo-difterias, la clínica las ha aceptado como otras tantas difterias: tal ha sido su fisonomía y su reacción franca al tratamiento específico.

COMPLICACIONES DE LA DIFTERIA

La difteria es una de las enfermedades infecciosas más sujetas á las complicaciones de todo orden y naturaleza. Si así no fuera, el pronóstico de ella, en general, tornaríase en mucho más benigno; pues, fuera de duda, una fuerte proporción de enfermitos de difteria faringen, y muy especialmente de crup, sucumben, más que por causa de la intoxicación diftérica, por razón de las serias complicaciones. Algunas de éstas, como las bronco-pulmonares, llenan casi todo el cuadro, asombrando verdaderamente la cifra 53 que da nuestra estadística, y que constituye más de la cuarta parte de las casos observados. De éstos, 43 corresponden exclusivamente á la bronconeumonía.

¿Dónde encontrar la causa de la exagerada frecuencia de las complicaciones bronco-pulmonares? — Ya hemos esbozado al principio nuestras ideas al respecto, y continuamos creyendo que la falta de precauciones y cuidados con los enfermos, así como la debilidad congénita ó adquirida, las favorecen en alto grado.

Concuerda con esta manera de ver que casi todas nuestras bronconeumonías acompañaban al enfermo á su ingreso, siendo despreciable el número de los producidas durante la estancia en el hospital, donde se llenan todas las indicaciones exigidas por esta clase de enfermos.

El diagnóstico de esta complicación nos ha resultado siempre fácil, y muchas veces, sólo con los datos de la temperatura, de la respiración y del pulso ha sido hecho. La percusión en estos casos está sujeta á causas de error; y en cuanto á la auscultación, fuera de las dificultades de que está rodeada en estos enfermitos, sus resultados suelen ser inconstantes é infieles. — Y en los casos de crup, de manifiesta estenosis laríngea, importa despistar el ruido de soplo propagado que oscurece todo—así como en los intubados y traqueotomizados importa también descontar cuando se ausculta el ruido especial, propagado también, del paso del aire á través del tubo ó de la cánula. — Todo lo expuesto, en cuanto á la bronconeumonía.

He aquí ahora la clasificación general de las

COMPLICACIONES

Bronquitis fina	9	casos.
Bronconeumonía	43	»
Miocarditis	6	»
Parálisis tóxicas	4	»
Erisipela de la cara	1	»
Gastroenteritis	1	»
Flemones (velo del paladar y amigdalas)	2	»
Gangrena pulmonar	1	»
Otitis supurada	1	»
Edema de la glotis	1	»
Estomatitis ulcerosa	1	»
Osteoperiostitis del maxilar	1	»
Artralgias	1	»
TOTAL	72	»

La albuminuria ó ligera nefritis, más que una complicación, parécenos, dada su extrema frecuencia, una manifestación, un síntoma inconstante, es cierto, de la infección diftérica. En ningún caso de la serie que presentamos ha revestido forma grave; 69 fueron los enfermos que acusaron cantidades variables de albúmina en sus orinas; 81 los que no la revelaron, y 52 los que por una razón ú otra (casi siempre la dificultad de conseguir orina en los *bebés*) escaparon al análisis. No hemos obtenido, pues, más que un 34,15 por 100 de enfermos con orinas más ó menos albuminosas.

Sólo seis miocarditis arroja nuestra estadística, por más que en muchísimos casos de bronconeumonía la clínica la haya anotado también.

Las otras complicaciones anotadas han sido banales y las pasamos por alto.

Sorprenderá, quizá, el escaso número de las parálisis post-diftéricas. La razón es obvia: la mayor parte de estas parálisis son tardías, y acompañan en término general los casos benignos. Consecuencia: los enfermos salen de alta y escapan á nuestra observación, yendo á consultar seguramente á médicos particulares. Es por eso, salvo raras excepciones, que los enfermos hacen una convalecencia de quince y veinte días en nuestro servicio.

Tres solamente fueron parálisis del velo del paladar, y de forma limitada por tanto. Uno solo fué de forma generalizada, y cuyo estudio nos resultó interesante por más de un concepto, á pesar de que tuviéramos que seguirlo fuera del hospital. El ex-alumno Alfredo Gaete lo hará tema de su tesis inaugural, que presentará este año. Tratábase de un niño de tres años, en el cual, seis días después de haber sufrido una ligera angina que ni siquiera mereció el tratamiento por la antitoxina, sorprende la disminución del pulso, bajando éste hasta 28 pulsaciones por minuto. Este estado fué precedido por un desarreglo gastrointestinal, vómitos, anorexia, etc., así como por cierta ansiedad inquietante. Dos días más, y la parálisis del velo del paladar se hace apreciable; la voz es ronca y hay dificultad para hablar; ligero estrabismo; gran dificultad para ponerse de pie, é imposibilidad para poder guardar esta posición; reflejos abolidos; marcha imposible, por verdadera impotencia funcional; paraplegia de los miembros inferiores, etc., etc.

Nuestro diagnóstico, á pesar de que la difteria no fué verificada por la bacteriología, fué hecho en el acto. Pero cuando no se piensa en estas parálisis, suelen desconocerse, como en el caso presente, en que un distinguido colega diagnosticó sin reservas un tumor del puente de Varoglio.

Es por eso por lo que llamamos la atención sobre estos casos, que, aunque raros, suelen verse; y no entramos en mayores detalles sobre este caso particular, para no quitar interés y novedad á la tesis del Sr. Gaete.

TRATAMIENTO GENERAL DE LA DIFTERIA.—LAS ANTITOXINAS. VACUNACIÓN PREVENTIVA

Desde el año 1894 el tratamiento de la difteria comporta el empleo exclusivo de la antitoxina de Behring, medicamento específico que hoy se prepara en laboratorios nacionales y privados de las principales ciudades del mundo.

Fué entre nosotros, á fines de 1894, que llegaron los primeros frascos de origen alemán, pedidos por el director de la Asistencia pública en esa época, Dr. Señorans, al Dr. Baldomero Sommer, iniciando personalmente uno de nosotros (Penna) el tratamiento específico. Las primeras remesas fueron de la antitoxina de Behring; más tarde lo fueron de la preparada por el Instituto Pasteur. Ambos eran los únicos sueros que usábamos á diario y en gran escala, á los que considerábamos equivalentes. Pero no dejó de sorprendernos en el transcurso del 1900 el hecho de que cada vez que teníamos que actuar con el suero Roux debíamos inyectar mayor dosis. Los casos se repetían y el fenómeno era claro; hubiérase dicho que el suero había sufrido una disminución de su poder antitóxico.

Por esa misma época, el laboratorio del Dr. Julio Méndez verificó varios frascos del suero Roux, y sus experimentos tuvieron por resultado prevenirnos que los frascos que tienen marcadas 2.500 u. sólo alcanzaban, en rigor, á 600 ú 800 unidades. Una vez más la clínica se había adelantado á la bacteriología.

Por ese mismo tiempo uno de nosotros (Pérez Avendaño), en París, seguía de cerca el estudio de la difteria y su seroterapia en el hermoso servicio del *Hôpital des Enfants Malades*, y allí pudo ver las colosales dosis de suero que se inyectaban para obtener los efectos que se perseguían.

Dos años más tarde, en ese mismo servicio en que se seguían usando dosis considerables, con motivo de un caso de difteria tóxica en una niña de doce á trece años, el Dr. Marfan hizo un pedido especial al laboratorio Pasteur de suero *non chauffé*.

¿Qué pasaba con el precioso medicamento específico? No pude saberlo.

El hecho de referirse á suero no calentado deja la convicción de que la antitoxina sufre la acción del calor, persiguiendo quizá una esterilización mayor. Y el hecho de reclamarlo sin que pase por esta prueba en el laboratorio, dice á las claras la presunción del maestro de que el calor sea también uno de los factores que amenguan el poder antitóxico del suero. Y este estado de cosas continúa hasta hoy, razón por la cual damos siempre la preferencia al suero de Behring, que nos ha parecido hasta hoy invariable en sus efectos antitóxicos.

Pero desde el mes de Septiembre último empezamos á ser provistos del suero argentino preparado en el laboratorio privado del Dr. Julio Méndez, y nuestra buena impresión por la bondad del preparado la hizo conocer uno de nosotros (Penna) en un informe oficial á la Dirección de la Asistencia Pública, que registraba las siguientes conclusiones:

1.ª Que el suero Méndez es uno de los sueros antidiftéricos mejor presentados de cuantos llegan á nuestra capital (envase, acondicionamiento, etcétera).

2.ª Que sus efectos curativos observados en la clínica son apreciablemente iguales á los del suero Behring y muy superiores á los del Roux, sueros ambos que hemos manejado hasta hoy en gran escala.

3.ª Que á pesar de no haber verificado por observaciones de laboratorio el poder antitóxico del suero, asignado á cada frasco ó dosis en el laboratorio de origen, estamos dispuestos á aceptarlo como exacto, vistos los resultados clínicos, etc., etc.

Casi cinco meses han pasado desde ese informe hasta la fecha. Hemos seguido usando el medicamento, y esta observación nueva, y como la anterior bien conducida, nos lleva á modificar nuestras conclusiones 2.ª y 3.ª, con sólo el recurso de la clínica.

Pues bien: cuanto decíamos del suero Roux parece aplicarse hoy al

de Méndez; hemos observado, fuera de toda duda, la disminución del poder antitóxico que trae indicado, necesitándose en muchas ocasiones forzar verdaderamente la dosis.

Ante el criterio de la clínica, pues el suero argentino y el del Instituto Pasteur quedan al mismo nivel en cuanto á su acción terapéutica, y conserva lugar ó sitio prominente la antitoxina alemana de Behring, á la cual, ¿por qué negarlo?, damos marcada preferencia.

Con cualquiera de los tres sueros que debamos actuar, nuestra conducta es la misma. Jamás esperamos el resultado del análisis bacteriológico para inyectar. Es la clínica sola la que nos guía en el primer momento.

La práctica nos ha enseñado en el manejo del suero á preferir las dosis intensivas, á la vez que continuadas á cortos intervalos, si el caso lo requiere. Estos espacios de tiempo varían entre seis, doce y veinticuatro horas.

Hace nueve años uno de nosotros (Penna), en una lección clínica (1), avanzaba estas mismas ideas respecto á la administración del remedio, confirmadas hoy plenamente en el terreno de la práctica. Manejando así el medicamento, estamos persuadidos de que se economiza suero y se beneficia apreciablemente al paciente.

En las formas simples localizadas de la difteria, la dosis inicial es de 1.500 u. Si la temperatura se mantiene y el estado general no varía, á las diez, diez y ocho ó veinte horas subsiguientes inyectamos igual dosis, y así seguimos si el caso lo exige.

En las formas tóxicas graves, la dosis inicial la llevamos á 3.000 u.; y doce horas después, diez y ocho á más tardar, si el conjunto sintomático no declina, inyectamos nuevamente otras 1.500 u., y aun 3.000 unidades.

La serie de 202 casos que presentamos comporta un total de 400 inyecciones practicadas, que se descomponen así por unidades:

Con suero Behring	334.000 u.
» Méndez	306.000 »
» Roux	68.000 »
TOTAL	708.000 »

Este total de unidades representa—lo anotamos como dato curioso—el manejo de 1 litro 416 gramos de antitoxina diftérica, asignando 500 u. á cada centímetro cúbico de suero.

La técnica que seguimos para las inyecciones es bien sencilla. Como sitio de elección preferimos los flancos, región abdominal, haciendo la inyección subcutánea. Nos servimos de la jeringa de Lüer, enteramente de cristal y susceptible de rigurosa desinfección, aguja de platino iridiado.

Con cualquiera de los tres sueros que empleamos, y muy especialmente con el de Méndez, la reacción dolorosa local es bastante intensa, hasta el punto de impedir por varios días toda exploración de la región. Ella es disminuída un tanto por la aplicación de fomentos calientes que sistemáticamente aplicamos.

La acción favorable del suero tradúcese bien pronto por el descenso de la temperatura, la expulsión ó desprendimiento de las falsas membranas y la desaparición gradual de síntomas.

En los centenares de inyecciones practicadas, ningún accidente debemos anotar.

En cuanto á los accidentes tardíos del suero, sólo dos palabras: en la serie de 202 casos sólo hemos observado 20 veces eritemas, ya urticariano, escarlatinoso, sarampionoso, polimorfo, ya circunscrito ó generaliza-

(1) *La Semana Médica*, Octubre 1895, pág. 359.

do, y variando su aparición entre el quinto y catorce día subsiguiente á la primer inyección de suero. En muchas ocasiones han sido de existencia muy efímera, durando sólo diez y doce horas. Once casos corresponden á enfermos inyectados con suero Méndez, y nueve á inyectados con Behring. El suero Roux ya se sabe que fué usado en muy pequeña escala.

En un solo caso un enfermo acusó dolores articulares, que desaparecieron en veinticuatro horas.

Recientemente, y sin que ni el número de casos ni los resultados nos autoricen todavía á sacar conclusiones, hemos iniciado las inyecciones intravenosas de la antitoxina, reservando esta práctica para los casos de difteria tóxica y grave, y persiguiendo con ello una acción más directa, y más rápida y enérgica por lo tanto.

Lejos de querer erigir el procedimiento en método, puesto que sus dificultades no se ocultan, mucho más cuando de enfermitos de tierna edad se trata, podemos adelantar que hemos obtenido algunos buenos resultados en seis casos de difteria de media intensidad, pero no así en cuatro sumamente graves, y que sucumbieron. Estos diez enfermos recibieron 19 inyecciones en el pliegue del codo, que representaron un total de 41.500 unidades.

Una de las grandes dificultades del método es encontrar una vena fácil de abordar. En muchos casos se impone una pequeña disección; en otros, en cambio, la vena es tan apreciable que la aguja pincha la piel y penetra directamente en el vaso (excepcional en la infancia).

En esta pequeña serie de 19 inyecciones ningún accidente hemos podido anotar. Pero como la habilitación de esta vía no pasa de ser una tentativa terapéutica, rehusamos entrar en mayores detalles.

—

Un punto sobre el cual podemos ser terminantes es el que se refiere á la vacunación preventiva de la difteria.

Los accidentes posibles atribuídos al suero son despreciables, cosa que apoyan nuestras estadísticas y observaciones.

Tenemos la experiencia de los enfermos de escarlatina del hospital, á quienes sistemáticamente se les inyecta como vacuna 500 c. de antitoxina. Y la escasa mortalidad de la difteria, complicando la escarlatina, que se ha notado últimamente, ha de responder al hecho de esta vacuna, que produce un grado mayor ó menor de inmunidad en los enfermos que la han recibido.

Como uno de los casos de vacuna preventiva hecho en gran escala, citaremos el del asilo Villa Devoto, donde á continuación de un caso de difteria que se produjo, fueron vacunadas más de cuarenta niñas, no teniendo ni un solo caso más y no registrándose un solo accidente.

Del mismo modo en nuestro hospital, en el servicio de tiñosos, á causa de un caso de difteria producido, se vacunaron preventivamente los treinta y tantos asilados, con el mejor resultado práctico y sin inconveniente ni accidente alguno.

En los hospitales, pues, y en las casas de familia, así como en internados donde el aislamiento no puede hacerse de manera bien rigurosa, no se debe vacilar un instante para practicar la vacunación preventiva de la enfermedad loeffleriana.

TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES

El tratamiento específico de la difteria por la antitoxina ha relegado al olvido toda la terapéutica racional preconizada contra esta enfermedad.

Sin embargo, las anginas fuertemente pseudo-membranosas, y sólo éstas, exigen ocuparse un tanto del tratamiento local. Sucede á veces que, por su número y por la reacción inflamatoria de las partes vecinas, estas neoformaciones pueden constituir un peligro mecánico para que la respiración se efectúe bien. Pequeños hisopos de algodón hidrófilo nos ayudan

á desembarazar la garganta, y terminando la sesión llevamos á las regiones enfermas el antiguo tópico, *fenol sulfo-ricinado*, que es siembre bien tolerado. Las grandes irrigaciones nasales y bucales en niños grandes y dóciles son á veces un buen recurso.

Pero, salvo estos casos en que la intervención local se impone, nosotros, con la mayoría de los autores modernos, preconizamos de respetar las gargantas. El suero, con su acción electiva, es por sí solo suficiente para presidir al desprendimiento de falsas membranas, sin ayuda ó estimulante alguno. Lo único que se consigue con la antigua práctica de limpiar mecánica y sistemáticamente las gargantas, es hacer de una difteria pura una asociada, de una difteria benigna una de contornos manifiestamente graves, abriendo una puerta de entrada á las infecciones secundarias.

Por otra parte, no debe olvidarse lo engorroso y desagradable que resulta la antigua práctica, la cual exige por lo menos los servicios de dos personas.

Contra las adenopatías del cuello, á veces considerable en los casos de difteria tóxica y asociada, nos hemos encontrado siempre bien con las aplicaciones de hielo.

En ninguno de los casos de la serie que presentamos hemos observado supuración de los ganglios del cuello, muy rara por otra parte.

La antisepsia bucal nunca ha sido descuidada, así como no han sido dejadas de lado las grandes derivaciones con la ayuda de purgantes, y que han contribuído no poco á descongestionar las regiones enfermas.

Contra la fiebre puede decirse que nunca echamos mano á medicamentos. El suero, después de su reacción primera y momentánea, en que es hipertérmico, se torna en hipotérmico, como lo atestiguan los centenares de nuestras curvas de temperatura. Como coadyuvantes sólo empleamos, pues, las lociones con vinagre aromático y los baños fríos.

La albuminuria sólo la hemos combatido con el régimen lácteo, y siempre con éxito.

Pero el suero, con sus preciosas propiedades curativas, es impotente allí donde encuentra manifestaciones mórbidas que han venido á complicar la infección diftérica, aprovechando el grado de debilidad ó receptividad especial que ella establece en el paciente.

No hemos de detenernos sobre ellas, que son muy variadas y que exigen al médico estar prevenido para iniciar con tiempo, en cada caso, el tratamiento sintomático.

Pero vamos, sí, á llamar la atención sobre el conjunto del tratamiento racional que seguimos en los casos muy numerosos de bronconeumonía que han complicado las difterias de nuestros enfermitos.

Los pacientes son transportados á la cámara de vapor, que ya tenemos descrita, y en la que hacemos disponer un gran recipiente, una palangana, enlozada comúnmente, que hierve constantemente, y á la cual se le echan unas hojas de eucaliptus y unas cucharadas de esencia de trementina. Ambas drogas saturan la atmósfera con sus resinas y sus esencias estimulantes y difusibles, actuando eficazmente sobre las mucosas de las vías respiratorias.

Asegurado este ambiente, mantenido á una temperatura entre 20 y 22°, dirigimos nuestra atención á levantar las fuerzas de nuestro pequeño enfermo, siempre más ó menos postrado; las inyecciones de cafeína, si el caso apura; de lo contrario, una bebida así formulada:

Rep.

Cafeína	1	gr.
Ergotina	0,80	»
Jarabe naranjas	20	»
Agua filtrada	100	»

y que administramos por cucharitas de café, una cada dos horas. La ergotina como tónico vascular constrictor de las fibras lisas, y la cafeína

como diurético y tónico del corazón, su asociación por vía estomacal nos ha parecido preciosa.

Parte importante de nuestro tratamiento racional constituyen las dermoclisis de suero artificial de Hayem: cada seis horas se practica una de 100 á 150 y hasta 200 gramos. La acción de este recurso terapéutico equivale bien á un lavaje de la sangre, yendo hasta actuar eficazmente contra la deshidratación de los tejidos, causada por los progresos de la enfermedad.

Las inhalaciones de oxígeno, convencidos estamos, constituyen un medicamento heroico, pero no dejándolo para las últimas fases de la enfermedad, sino desde el comienzo de la complicación, en que prescribimos cada hora inhalaciones de cinco á diez minutos.

Con su ayuda la respiración se hace más libre, y la hematosis, profundamente comprometida por las lesiones de las últimas ramificaciones bronquiales, recibe un eficaz impulso. Pero en el seno de las familias el oxígeno es considerado como medicamento de último recurso, y de ahí la dificultad de hacerlo aceptar voluntariamente. Pasa con el oxígeno lo que pasó entre nosotros mismos con los baños en las afecciones febriles, que sólo en artículo de muerte eran aceptados por el público. Pero respecto á esta práctica ya se ha reaccionado, aceptándola sin reservas, y respecto al oxígeno acontecerá lo mismo: es cuestión de tiempo y de firmeza por parte de los médicos.

Las revulsiones locales, cuando están indicadas, así como la envoltura húmeda de toda la caja torácica, ayudan considerablemente el tratamiento.

Este es también complementado por la administración de una bebida expectorante ordinaria; y cuando de la primera infancia se trata, no necesitamos recurrir á los vomitivos.

Como se ve, nuestro tratamiento no tiene el mérito de agregar una sola nota más á la terapéutica actual, sino el haber agrupado de una manera racional varios de sus buenos recursos para ponerlos de una manera armónica al servicio del tratamiento de la bronconeumonía infantil, la mortífera complicación de la difteria en sus distintas formas clínicas.

Pocos son aún los casos que hemos sometido al tratamiento riguroso; pero la pequeña serie ya deja, al parecer, esperar excelentes resultados.

TUBAJE Y TRAQUEOTOMÍA.—VULGARIZACIÓN DEL TUBAJE

Nada más interesante en difteria, hasta hace muy poco, que la discusión del tratamiento ó de la intervención de urgencia á oponer en los casos de crup, en que la primera indicación á llenar no tiende más que á conjurar la asfixia inminente, salvando el obstáculo mecánico que existe en la laringe.

Desde Bretonneau, la clínica cuenta con la operación sangrante de la traqueotomía, que alcanzara tanta boga en manos de Trousseau y de Archambault.

El reinado absoluto de la traqueotomía se prolongó hasta O'Dwyer, en 1885, quien reclamó la atención del mundo médico hacia la intubación, que erigía en método.

La nueva operación, aunque no sin resistencia, avanzó rápida, creciendo su aceptación día á día hasta el momento actual, en que está fuera de discusión la superioridad del tubaje sobre la traqueotomía.

Casi todas las grandes clínicas del mundo (1), así como todas las clientelas de los médicos de los grandes centros, han sido beneficiadas con el recurso de la intubación.

En nuestra capital pasa lo propio, habiendo recibido unánime aceptación la nueva intervención.

---

(1) Véase *Intubation du Larinx*, por el Dr. Pérez Avendaño. París, 1902.

En cuanto á los instrumentos para el tubaje, los hay de infinidad de autores, con manifiestas ventajas que cada uno les acuerda y que la práctica suele apreciar.

Todos son más ó menos buenos, pudiéndose dejar sentado perentoriamente que la mejor instrumentación para el médico resulta aquella á la cual se ha habituado.

En cuestión, pues, de elección de instrumentos, no existe más que *l'embarras du choix*.

En nuestro servicio usamos indistintamente la primitiva instrumentación de O'Dwyer, la de Collin, modificada por Bayeux y Sevestre, y la de Pérez Avendaño.

Somos partidarios decididos de todos los tubos sin mandrín. Por ello, á esta última instrumentación, que reúne á la vez otras muchas ventajas, le acordamos toda nuestra preferencia.

Las circunstancias anotadas en nuestros primeros capítulos, y que se resumen en el retardo con que nos llegan los enfermitos, casi murientes, explican la triste estadística del tubaje. En efecto, 75 han sido los casos de crup intubados, con un total de 41 muertos; pero no muertos por el tubaje ni por la difteria misma, en cierto modo, sino por las complicaciones que traían aparejadas.

A ninguno puede decirse que hemos visto morir asfixiado por no poder pasar el aire á través de su tubo ó de su cánula; en cambio, casi todos, por no decir todos, han sucumbido víctimas de sus complicaciones ó por los avances de la intoxicación diftérica.

Pero nosotros hemos inscrito en nuestra estadística especial del tubaje, sin distinción alguna, cuanto caso ha llegado al servicio, aun aquellos que llegaron moribundos.

De manera que descontando los muertos dentro de las dos primeras horas después del ingreso, que fueron 9; de las veinticuatro, que fueron 6, y de las treinta y dos, que fueron 2, y que hacen un total de 17 casos, sólo nos queda la proporción de 24 muertos sobre 75 intubados, ó sea un 32 por 100.

Es fuerte como cifra estadística de difteria, pero no como de crup, que siempre da en hospitales mayor mortalidad.

Para los que aún piensan en la posible superioridad de la traqueotomía, anotaremos los casos de dos enfermitos traqueotomizados en el público, y que en cuanto llegaron al servicio se les sustituyó la cánula por el tubo, con manifiestas ventajas, no obstante morir víctimas de la bronconeumonía á que directamente se expusieron respirando en atmósfera inconveniente por la herida y cánula traqueal.

El caso inverso también hemos podido comprobarlo. Así, en dos enfermos intubados, en los cuales desesperábamos de conjurar la disnea y el tiraje, recurrimos á la traqueotomía, y en nada, en nada absolutamente, mejoró el cuadro, por demás aflictivo; sucumbiendo ambos enfermitos.

Con la anotación y multiplicación de casos semejantes explícase bien el hecho de que la traqueotomía pierda terreno y quede relegada á una segunda línea.

En la práctica del tubaje continuamos fieles á cuanto ya hemos avanzado en anteriores publicaciones (1).

Intubamos en el segundo ó tercer período, ó grado, del crup, y jamás en el primero, por innecesario.

Elegimos con especial cuidado el tubo correspondiente á la edad del niño, é intubamos siempre con hilo, dejando éste en permanencia en muchos casos, y retirándolo en otros. En aquellos casos de permanencia, no hemos tenido más accidentes que el de ver mordido, cortado y deglutido el hilo, colocándonos esta emergencia en la misma condición que si hubiéramos dejado deliberadamente el tubo libre.

---

(1) Dr. Pérez Avendaño: Tesis de Buenos Aires, 1899. *Crup.—Intubation du larinx.* París, 1902.—*Bulletins de la Soc. de Pediatrie de Paris*, 18 Noviembre 1900 y Abril 1902.

Para la extracción definitiva del tubo, no tenemos más regla que el mejoramiento del estado general del enfermo, la falta ó desaparición de la fiebre, etc.; nunca resulta ser antes de las cuarenta y ocho horas, ni después de tres ó cuatro días, salvo casos excepcionales.

Por el hilo, ó por enucleación, ó por la pesca (extracción con el extractor), es como efectuamos corrientemente la extubación.

Algo que hemos observado en acentuada proporción son los casos francos de *tubards*, y otros con tendencia á ellos, habiendo estado obligado á reintubar repetidas veces.

Siempre hemos creído que en esos casos, aparte el elemento nervioso, entraba en juego el traumatismo mayor ó menor producido en el acto de intubar, hecho éste en directa relación con la habilidad del operador. Y resulta que en nuestro servicio los alumnos, al hacer sus primeras armas, hacen irremediablemente sus primeras víctimas. Pero esas lesiones traumáticas y de decúbito han desaparecido, día más, día menos, sin haber tenido que deplorar mayores accidentes.

Respecto á la ronquera que sigue al tubaje, y que raro es el niño que no la acusa en mayor ó menor grado, la hemos visto oscilar, es decir, su duración, en términos variables, desde algunas horas á diez y quince días, sin haber observado ningún caso en que ella hubiera sido permanente.

Los casos de obstrucción del tubo por pseudo-membranas siempre han dado tiempo á intervenir.

Anotaremos, sin embargo, un accidente que puede repetirse del mismo modo con un traqueotomizado, y que sólo responde al abandono del personal, inconscientemente criminal.—Es el caso de una enfermera, dormida en su guardia, y que al despertar encuentra á su lado, muerto por asfixia, al enfermito que cuidaba. Se había obstruído el tubo.

Pero al lado de estos accidentes desagradables y perfectamente evitables, se destacan fácilmente las ventajas del nuevo método, hoy generalmente aceptado, y bajo todos conceptos al alcance de los médicos que ejercen.

CONCLUSIONES

1.ª En un servicio de hospital es donde mejor puede ser tratado un enfermito de difteria, y muy especialmente de crup.

2.ª Las ventajas de la vacunación preventiva son incontestables.

3.ª Las enfermeras de un servicio de difteria deben estar en él alojadas, mientras no sea posible hacer el servicio de guardia con dos ó tres á la vez.

4.ª La manifestación más común de la difteria continúa siendo la faringea.

5.ª Crup de primer grado, ya es casi imposible observarlo en los servicios de hospitales.

6.ª La reacción inflamatoria de los ganglios del cuello está en relación directa con la gravedad del caso.

7.ª La representación gráfica de la angina diftérica es útil, y debe entrar en la práctica de hospitales.

8.ª El diagnóstico preciso de la difteria impone el análisis bacteriológico.

9.ª El diagnóstico clínico debe primar sobre el bacteriológico, y dar las indicaciones del tratamiento.

10. El suero debe ser administrado desde la aparición de los primeros síntomas. Cuanto más se adelanta en la medicación, más seguro es el resultado.

11. No porque la bacteriología no revele la existencia de bacilos de Loeffler ha de deducirse un diagnóstico clínico contrario.

12. Las difterias monomicrobianas son raras; las polimicrobianas, la generalidad.

13. Las asociaciones más comunes siguen siendo con el estrepto y estafilococo.
14. La complicación más frecuente de la difteria, y especialmente del crup, es la bronconeumonía.
15. El suero de elección, á emplearse hoy día, debe ser el de Behring.
16. En la administración del suero deben preferirse las dosis intensas y continuadas á breve intervalo, si es necesario.
17. Los accidentes imputados al suero son despreciables.
18. La vía intravenosa para las inyecciones de suero debe ensayarse en los casos graves, para poder establecer su valor real.
19. Las gargantas deben ser respetadas en los casos de angina, relegando los medios mecánicos (tocamiento con hisopos, etc.) para casos de absoluta necesidad.
20. Nuestro tratamiento racional de la bronconeumonía debe preferirse.
21. El tubaje es superior á la traqueotomía, y debe ser la *intervención de elección* en caso de crup, tanto en el hospital como en la clientela privada.—(De la *Semana Médica*, de Buenos Aires.)

Los edemas idiopáticos, por el Dr. C. Muniagurria, *Jefe del Servicio de Niños del Hospital Rosario.*—Rilliez y Barthez han comprendido con el nombre genérico de edemas ó anasarcas idiopáticos á todos aquellos edemas cuya causa no está en una enfermedad del corazón ó de los riñones, ni en una acción local. Esta concepción clínica tiene, por su misma amplitud, la ventaja de permitir colocar en sólo dos grupos generales las diversas variedades de edemas, facilitando así una clasificación que, de otra manera, sería sumamente complicada, dada la compleja etiología á que aquéllos responden. Además, como tendremos ocasión de anotarlo en seguida, el único punto débil de esta clasificación lo es solamente si se mira la cuestión con un criterio que responda á ideas ya un poco abandonadas. Nos referimos al punto de contacto que existe entre los edemas de origen renal (sintomáticos por consecuencia) y los producidos por ciertas intoxicaciones, en las cuales, á pesar de las ideas predominantes en otras épocas que hacían jugar también al riñón un papel importante, la causa es esencialmente distinta.

La misma clasificación clásica coloca entre sus divisiones á los edemas llamados *esenciales*, es decir, á los edemas que, no teniendo una causa bien conocida, representan una enfermedad autóctona. Ahora bien: nuestros progresos científicos tienden á hacer desaparecer de la nosología todas aquellas designaciones que encubren solamente nuestra ignorancia de los elementos causales.

Lo mismo puede decirse respecto á una categoría especial de edema infantil, apartada por algunos autores del grupo general y olvidada completamente por otros: tal es el *edema de los recién nacidos*, que, como veremos un poco más adelante, no forma sino una variedad de los edemas idiopáticos.

Así, para congeniar en estas dificultadas diversas se puede establecer sobre la base de las divisiones clásicas una clasificación que, al mismo tiempo que sea más completa, responda también á las condiciones etiológicas y patogénicas y se adapte mejor á las necesidades didácticas.

Dejando, pues, de lado las causas producidas por una causa local, tóxica, química, física ó infecciosa, establezcamos los siguientes grupos:

- *Edemas sintomáticos*..... Cardiacos. Renales.
- *Edemas idiopáticos*.....
  - Primitivos (?).
  - Secundarios...
    - Enfermedades infecciosas.....
      - Escarlatina.
      - Sarampión.
      - Fiebre tifoídea.
      - Coqueluche.
      - Gastroenteritis.
      - Tuberculosis, etc.
    - Caquécticos.
    - En los recién nacidos.

Algunos de los anasarcas enumerados en esta división tienen que desaparecer de la nosología, á medida que conozcamos su verdadero origen; tal, por ejemplo, los *idiopáticos primitivos*.

ETIOLOGÍA

Edad.—Tomados en conjunto, como es necesario hacerlo por las razones expuestas, los edemas idiopáticos pueden presentarse desde los primeros días de la vida, como en aquellos que se designan con el nombre particular de *edemas de los recién nacidos*. Por lo demás, el anasarca puede encontrarse indiferentemente en las diversas edades de la infancia, como lo prueba la estadística de Barthez y Sanné hecha sobre 78 casos. Sin embargo, parece que tienen más predisposición á ella los niños de dos á tres años; en nuestras ocho observaciones personales las cifras se reparten así: uno de veintidós días, dos de quince meses, tres de tres años, dos de ocho años.

En la estadística clásica citada sobre los 78 casos, 28 pertenecen á niños de dos á tres años.

Sexo.—Se ha observado una predominancia hacia los varones: 49 por 29; en nuestra estadística todos los atacados han sido varones.

La acción del frío.—Esta causa ha sido invocada por todos los autores, y los clásicos la colocan en primera línea, pues de esta manera se facilita la explicación del complejo patogénico. Sin embargo, la estadística de Barthez y Sanné, en lo que se refiere á la influencia de las estaciones, no es muy demostrativa, puesto que no hay gran diferencia entre las cifras que corresponden á las estaciones más frías y las de las más cálidas.

Por otra parte, nosotros hemos observado algunos casos producidos en épocas de temperatura relativamente alta, y en los cuales la acción del frío es difícil de aceptar.

Cuando tratemos de la patogenia pondremos en tela de juicio esta cuestión.

Traumatismo durante el parto.—El hecho se refiere, naturalmente, sólo á los casos de *edemas de los recién nacidos*. Estos casos suelen coexistir con un parto difícil, durante el cual el niño ha sufrido por la gran duración del trabajo, por maniobras efectuadas, etc.

Los autores, Comby entre ellos, atribuyen estos edemas á causas múltiples, entre las cuales se cuentan los enfriamientos, la debilidad congénita (Somma), coexistencia de una inflamación de los pulmones con éxtasis pasivo del corazón y de los gruesos vasos (Hulme), la sífilis hereditaria, produciendo un debilitamiento general (Doublet), etc.

El edema puede encontrarse, sin embargo, en niños fuertes y robustos, en los cuales la enfermedad parece sólo depender de un agotamiento general producido por el parto mismo. Véase á este respecto la historia del siguiente caso.

OBSERVACIONES

I

Onofre Carrullo, conducido al consultorio externo de mi servicio cuando tenía veintidós días de edad, estaba atacado de un edema generalizado, pero predominando en las extremidades y en el escroto. La madre cuenta que nació de un parto difícil y largo, que se tuvo que hacerle durante media hora respiración artificial. Ocho días después apareció un edema del escroto, que adquirió el tamaño de una naranja común; este edema se extendió después á las extremidades, y como no tiene tendencia á desaparecer, lo entrega á mis cuidados.

No ha tenido ni tiene temperatura; pesa 3.800 gramos; toma muy bien el pecho; no tiene diarrea. El edema es duro, caliente, rojizo, abundante, sobre todo en el cuello de los pies. El niño está tranquilo, y no parece sufrir absolutamente.

La orina, abundante, no tiene albúmina.

Tratamiento.—Envoltura con algodón, baños calientes; curación progresiva en diez y nueve días.

ENFERMEDADES INFECCIOSAS: *Escarlatina.*—La escarlatina, aun haciendo abstracción de los edemas consecutivos á la nefritis, es una de las causas frecuentes de anasarcas idiopáticos secundarios. En la estadística de Barthez y Sanné, sobre 78 casos, ella aparece con 25. Estos anasarcas, como lo veremos al hablar de patogenia, no tienen ninguna relación con la nefritis, y bajo un punto de vista absoluto son menos frecuentes que las producidas por estas últimas; 33 veces en 124 casos, según Sanné, que juzga de su existencia por la falta de albúmina en la orina.

Sarampión.—Dos casos sobre los 78 anotados. Es, pues, una complicación rara de esta pirexia; pero su existencia es innegable. He aquí una observación personal al respecto.

II

Clemente Fernández, de ocho años, contrajo hace un mes el sarampión, contagiándose de un vecino y contagiando á su vez á uno de sus hermanos. Según la madre, tenía un catarro óculo-nasal intenso, mucha tos, fiebre hasta 39°,5, sin dolor de garganta ni vómitos. La enfermedad evolucionó en diez días, y estando ya en plena convalecencia sufrió un enfriamiento, á consecuencia del cual quedó afónico, ingresando al Hospital Rosario, en donde se hizo el diagnóstico de laringitis post-sarampionosa y se instituyó un tratamiento racional. Cuatro días después sobrevino un edema del escroto, edema que se generalizó después á todo el cuerpo, con predominancia en las extremidades y en la cara. El edema es bien pronunciado, móvil, y ha tenido su mayor desarrollo al cabo de cuatro ó cinco días. No hay fiebre; buen estado general, buen apetito, lengua ligeramente saburral. Vientre un poco levantado; tiene una zona de matitez en creciente desplazable con los cambios de posición. Cien pulsaciones por minuto; punta palpable en el quinto espacio por fuera de la línea mamaria; el límite derecho del corazón, en la línea paraesternal derecha; el límite izquierdo, bastante alto á forma redondeada de convexidad externa. Orina: cantidad media, 720 gramos; úrea, 18,81 por 100; albúmina, ni rastros. No hay fiebre.

Tratamiento.—Dieta láctea, calomel purgante, baños calientes.

Veinte días después el niño sale curado, sin edemas, sin ascitis, con su matitez precordial, normal.

Infecciones intestinales.—Es una causa frecuente de anasarca, á pesar de que la estadística ya nombrada no consigna sino 8 casos sobre los 78.

Sin embargo, luego veremos la causa de esta aparente contradicción entre nuestra manera de apreciar los hechos y el resultado de la experiencia de Barthez y Sanné. En efecto: en la estadística mencionada se separa de los anasarcas de origen intestinal á los llamados *primitivos*, los cuales suman un total de 35. Como veremos al hablar de patogenia, es más que probable que éstos no sean sino la consecuencia de una infección intestinal que tal vez no se ha tenido en cuenta.

De los ocho casos de nuestra estadística, cuatro han sido precedidos de manifestaciones intestinales bien evidentes.

III

Abraham Cabaña, niño de tres años, muy sano, tomó el pecho materno hasta la edad de dos; no tuvo diarrea importante ni ninguna de las infecciones comunes á la infancia. Hace diez y ocho días, á causa de un trastorno en la alimentación, comienza á tener diarrea fétida y abundante, con mucosidades. Seis días después aparecen edemas en las manos y en la cara. No hay albúmina en la orina; úrea, 18 por 1.000; cantidad no medida, se calcula en 400 gramos; no hay elementos figurados de importancia. Apirexia. Buen humor, etc.

Se ordena un régimen alimenticio racional; baños calientes; benzonaftol.

La afección digestiva desaparece, y con ella los edemas. Duración total de éstos, diez y nueve días. En ningún momento hubo albúmina en la orina.

IV

Roque Espelda, niño de tres años, siempre sano, á excepción de algunas perturbaciones digestivas; no ha tenido enfermedades infecciosas. Hace quince días tuvo una indigestión, y como consecuencia una abundante diarrea, que no ha desaparecido hasta hoy. Hace ocho ó nueve días comienza á tener edemas en las piernas y en los brazos; el resto del cuerpo, libre. Orina sin rastros de albúmina ni elementos figurados. No se ha podido apreciar la cantidad total, pero las micciones son frecuentes y abundantes.

El edema es frío, inmóvil, poco abundante, indoloro, localizado en las extremidades. Hay una diarrea fétida, constituída por ocho ó diez deposiciones mucopurulentas.

Se prescribe dieta láctea absoluta, y antisepsia intestinal por el salicilato de bismuto; pero á pesar de este régimen el niño no mejora de su vientre, y los edemas son cada vez más intensos. Se reemplaza entonces la leche por una alimentación mixta, compuesta de caldo, jugo de carne y huevos. Poco á poco las deposiciones son mejores, y los edemas disminuyen paralelamente hasta desaparecer por completo. El niño sale curado de su intestino y de su anasarca. Duración total de ésta, diez y ocho días.

Nunca tuvo albúmina en la orina.

Véase ahora un caso en el cual la infección digestiva no existió sino al principio, sobreviniendo el edema algún tiempo después.

V

Mariano Melatiche, de año y medio de edad, niño robusto y fuerte; fué criado á pecho hasta los nueve meses, época en la cual se hizo un cambio radical en la alimentación, dándole leche de vaca, carne, vino, huevos; desde entonces ha tenido frecuentes ataques de diarrea y de vómitos, con épocas de remisión más ó menos largas. La enfermedad, por la cual la madre pide una cama en el servicio de niños del Dr. Alvarez en

el Hospital Rosario, ha comenzado unos quince ó veinte días atrás, con un fuerte ataque de diarrea, que se prolongó por tres días, siguiendo después una constipación, que persiste hasta el momento del examen. Con la diarrea sobrevinieron edemas localizados, primero en los párpados, sobre todo por las mañanas. Hace seis días, en seguida de una nueva *poussée* diarreica, los edemas se generalizaron por todo el cuerpo, pero aquélla tuvo también una duración efímera.

El examen revela un ligero movimiento febril (37°,5), constipación, lengua saburrosa, inapetencia, edema generalizado, bastante intenso, de color rojizo, caliente. La orina, abundante (1.000 gramos); no tiene ni trazas de albúmina ni de ningún otro elemento patológico.

Otros órganos, normales; no hay polidipsia. Dieta láctea; purgante. Benzonaftol; baños templados. Los edemas desaparecieron catorce ó quince días después de su principio, y en ningún momento hubo albúmina en la orina.

Fiebre tifoidea. — Anotamos un caso en nuestras ocho observaciones.

VI

N. N., de ocho años, es atacado de una tifoidea intensa á forma meníngea, que evoluciona en cuarenta y cinco días. En el período de declinación aparecen edemas fugaces, que se prolongan por tres ó cuatro días. No existía albúmina en la orina. Curación.

En la estadística de Barthez y Sanné se anota un solo caso sobre los 78. Pero esta complicación de la gran piroxia ha sido conocida desde hace mucho tiempo, y Grisolle, Valleix, Trousseau ya la estudiaron.

La coqueluche, las paperas, la tuberculosis y, en general, todas las enfermedades infecciosas, pueden ser acompañadas de anasarcas más ó menos extendidos.

Caquexias.— En los niños caquécticos, en aquellos que por causas diversas han caído en un estado de denutrición exagerada, en los cuales las actividades orgánicas han perdido su intensidad, los edemas, más ó menos intensos y generalizados, pueden hacer su aparición como un signo de decadencia. He aquí una observación al respecto.

VII

Se trata de un enfermito de mi clientela particular, cuya historia es una verdadera odisea clínica. Cuando lo vi por primera vez tenía quince meses de edad, y hacía cinco que estaba enfermo á causa de una sustitución inoportuna de la lactancia natural por la artificial. El médico que lo atendía trataba de mejorar las vías digestivas, dando como única alimentación la preparación inglesa llamada *Mheling food*. Después de tres meses sobrevinieron fenómenos de escorbuto (lesiones de las encías, hemorragias cutáneas, hinchazón en las epífisis), que fueron tomadas como de origen reumático y tratadas por el salicilato de sodio, lo que, como se comprende, no hizo sino empeorar la situación. Habiéndome hecho cargo del enfermo, sustituí el *Mheling food* por la leche de burra, y administré, como modificador, un poco de jugo de limón. Bajo la influencia de este tratamiento, las lesiones escorbúticas desaparecieron en quince ó veinte días; pero la enteritis crónica siguió su curso, á pesar del régimen y de los medicamentos, llevando al niño á un estado de verdadera caquexia, agravada aún por la aparición de una bronconeumonía intercurrente primero, y de una dermitis de Dühring después. En este estado de gran denutrición, que asemejaba al niño á un esqueleto, aparecieron edemas de las extremidades (sin que los análisis minuciosos de la orina pudieran revelar ni siquiera rastros de albúmina). Sin embargo, estos edemas, que persistieron por más de un mes, fueron seguidos de un mejoramiento del

estado del intestino, que inició una reacción salvadora para el enfermo. Este caso, que me enseñó lo que puede la perseverancia y los cuidados científicos cuando van acompañados de la plena confianza que la familia pone en su médico, es un buen ejemplo de edema caquéctico.

PATOGENIA

La base de la clasificación clásica, que divide los anasarcas infantiles en idiopáticos y sintomáticos, está precisamente en el hecho de una independencia de los primeros respecto á las lesiones de un órgano tal como el riñón ó el corazón. Ahora bien: ¿existe, en realidad, esa independencia? ¿Cuál puede ser el fundamento para asegurar su existencia?

La cuestión tiene sus mayores dificultades cuando se trata de edemas consecutivos á enfermedades infecciosas que, como la escarlatina, tienen una marcada predilección por los riñones. En estos casos se comprende exista una verdadera dificultad en determinar si un anasarca que aparezca complicando la evolución de la pirexia tiene su causa directa en las lesiones de este órgano ó una existencia independiente.

La albúmina es, indudablemente, el mayor signo de nefripitis, pero su valor no es absoluto. En efecto: Henoch anota entre sus observaciones dos casos, de los cuales en el primero la albúmina no existió sino al quinto día de una observación minuciosa, y cuando ya había fenómenos urémicos; en el otro caso no hubo en ningún momento, y, sin embargo, la autopsia reveló una nefritis intensa, con focos hemorrágicos, lo que hace decir á este observador que «debemos ser muy cautos en la admisión de nefritis escarlatinosas sin afección renal».

Sin embargo, estos casos son excepcionales, y no pueden ser tenidos en cuenta para una apreciación general. Lo lógico, y lo que enseña la experiencia, es que la albuminuria sea, no sólo la manifestación común de la nefritis, sino también su manifestación primaria; de tal manera, que ni siquiera se puede argüir que los edemas sin albúmina en la orina sean la consecuencia de una nefritis poco intensa, de una nefritis que se inicie; pues, como lo decimos en las lesiones del riñón, lo común es que la albuminuria preceda al anasarca. Por otra parte, en estos últimos, cuando son verdaderamente idiopáticos, la albuminuria tampoco existe al fin de su evolución.

Filatow, que ha estudiado minuciosamente esta cuestión, acepta, sin embargo, la existencia de nefritis latentes, bajo el punto de vista de la albúmina, y que podían dar lugar en determinados momentos á los edemas; pero reconoce que, tarde ó temprano, algún signo revelador puede acusar la existencia de aquéllas. Así, este autor asegura que jamás se deja de encontrar albúmina en algún momento, si se tiene el cuidado de examinar diariamente la orina de los enfermos de nefritis.

La evolución que frecuentemente tienen los anasarcas idiopáticos hace pensar que ellos son independientes de las lesiones renales. En efecto: examinando nuestras observaciones, vemos que en la mayoría de ellos los edemas, único signo que pudiera hacer pensar en una nefritis, tuvieron una duración no mayor de veinte días. Ahora bien: ¿qué nefritis, por efímera que sea, evoluciona en estas condiciones?

Por lo demás, el acaso nos ha puesto enfrente de una observación bajo todo punto de vista interesante, y mediante la cual se soluciona este discutido problema de patogenia, á lo menos en lo que se refiere á aceptar categóricamente la existencia de *algunos* anasarcas sin lesión renal.

Hela aquí:

VIII

Ramón Rosas, de dos años y medio de edad, niño bien constituído, ha sido alimentado á pecho hasta los nueve meses y con una alimentación mixta después. A los doce meses comienza á tener diarrea, verde prime-

ro, con mucosidades después, y esta diarrea se ha prolongado hasta la fecha, con alternativas de mejoramiento.

Hace próximamente quince días que la diarrea recomienza, haciéndose bastante intensa y produciendo un movimiento febril bastante pronunciado. Hace siete días que aparecieron edemas de las extremidades.

Septiembre 12.—El examen revela: temperatura, 37,8°. Regular estado de nutrición; edema en los miembros inferiores, de regular intensidad, caliente, indoloro, deja impresión digital. Lengua saburral y húmeda; encías ligeramente equimóticas. Vientre grande, de batracio, timpanizado, doloroso. Diarrea constituida por quince ó veinte deposiciones mucopurulentas, muy fétidas; las mucosidades no han sido teñidas por la bilis, que existe, sin embargo, en el pañal. Olor y reacción ácida; grumos de sangre.

Pulmones.—Rales de bronquitis difusa; signos de congestión en las bases.

En la cara interna de la pierna derecha, una equimosis del tamaño de una moneda de veinte centavos, muy superficial.

Decaimiento; mal estado general.

Orina.—Abundante (no ha sido posible medir la cantidad exacta). Sedimento abundante de fosfato triple y de células planas. Urea, 15 por 1.000. Cloruros, 3 por 1.000. No hay ni rastro de albúmina (ácido nítrico, calor y reactivo de Esbach).

Tratamiento.—Dieta hídrica por veinticuatro horas; bismuto, láudano.

Septiembre 14.—Mayor postración; diez á doce deposiciones; el edema de las piernas ha aumentado; edema de los miembros superiores. La equimosis de la pierna tiene ahora el tamaño de una palma de mano; su superficie está cubierta de flictenas, conteniendo un líquido sanguinolento. Nueva equimosis en la cara interna de uno de los muslos.

Pulso débil, incontable. Estado muy grave.

Tratamiento.—Inyección de 200 gramos de suero artificial; calomel refracto.

Muerte en el mismo día. Diagnóstico clínico: enterocolitis con predominancia de lesiones en el intestino grueso. Embolias sépticas en los pulmones y en la pierna derecha.

Autopsia.—He aquí los datos reunidos de la autopsia practicada diez y ocho horas después por mi ilustrado colega y amigo Dr. Clemente Alvarez:

Congestión hipostática de ambos pulmones; bronconeumonía muy circunscrita en la base derecha. En el mismo pulmón, en el borde anterior del lóbulo medio, existe un pequeño núcleo de color amarillo verdoso, de forma triangular, con la base en el borde y el vértice hacia el ilio pulmonar, de cinco milímetros de tamaño en su mayor extensión.

Hígado.—Un poco agrandado. Degeneración turbia.

Bazo.—Normal.

Riñones.—Tamaño normal, de consistencia no disminuída, un poco anémicos; las cápsulas se desprenden sin ninguna dificultad. Al corte se observa muy netamente la diferencia entre la sustancia medular y cortical. *No hay ninguna lesión de nefritis.*

Intestino delgado.—Placas de Peyer, tumefactas; el resto de la mucosa, un poco depulida, con algunas pequeñas equimosis. Los ganglios mesentéricos, de gran tamaño y do consistencia blanda.

Intestino grueso.—Mucosa congestionada, espesada. Equimosis de diversas épocas. Ulceraciones. Exudado mucopurulento mezclado á las materias fecales.

Placa de gangrena en la parte interna de la pierna derecha.

Como vemos, se ha tratado de un caso de gastroenteritis infecciosa grave, con fenómenos generales, durante la cual hubo edemas, sin que éstos fueran producidos por una lesión renal.

A estas diversas consideraciones puede agregarse todavía otra, como

demostración evidente de que los edemas idiopáticos son independientes de la nefritis, y que, por consecuencia, su estudio debe ser hecho como si se tratara de una enfermedad distinta. Es la siguiente: los edemas idiopáticos aparecen á menudo en infecciones que atacan muy rara vez á los riñones ó que no los atacan jamás; tal, por ejemplo, la coqueluche, la tuberculosis, el sarampión, las paperas, etc. En la coqueluche no ha sido nunca señalada como complicación la nefritis, y, sin embargo, el edema idiopático sin albúmina en la orina no es absolutamente raro en esta infección. En el sarampión la nefritis es muy rara, y cuando existe se manifiesta netamente por la albuminuria. Comby ha podido reunir dos observaciones; Kassowitz, dos; Barthez y Sanné ponen aún en duda la existencia real de la nefritis sarampionosa. Por el contrario, el anasarca con integridad renal, evidenciada por la ausencia de albúmina en la orina, es frecuente, y los últimos autores citados han reunido once casos; Lombard, dos; nosotros, uno (obs. II).

¿Cuál es el mecanismo íntimo de la producción de los edemas idiopáticos?

Los antiguos, Trousseau, Grisolle, Valleix, hacían jugar al frío una acción primordial, y Lobstein pensaba que el frío obraba á través de la piel para producir la parálisis de los vasomotores, la atonía de las paredes y, como consecuencia, una trasudación del suero sanguíneo en el tejido celular. Esta manera de ver no está, sin embargo, de acuerdo con estos dos hechos: 1.°, el edema puede aparecer en la estación cálida; 2.°, el edema no aparece en todos los casos de enfriamiento, lo que hace pensar que por lo menos esta acción es solamente secundaria. En efecto: se pueden ver niños robustos en los cuales es imposible aceptar un debilitamiento favorable á la producción del edema, y en los cuales una afección intestinal, por ejemplo, produce el anasarca. Por otra parte, ¿cómo aceptar que el frío tenga una acción semejante en las cavidades serosas, en donde se deposita también el producto de la exudación vascular, estando aquéllas tan protegidas de una acción directa? Actualmente se puede decir, como Letulle, de las hepatitis epiteliales: los anasarcas *á frigori* han hecho su tiempo...

Para Filatow, la causa de la producción de los anasarcas no albuminúricos es doble; piensa que, por una parte, cuando se trata de infecciones largas é intensas, tales como la escarlatina, las diarreas profusas, etc., el corazón, falto de la suficiente energía, favorece la exudación del suero. Esta sería también producida mediante una modificación en la nutrición de las paredes de los vasos capilares por la acción de las toxinas.

Investigaciones más modernas sobre el mecanismo de la producción de los edemas en general, han venido á hacer un poco de luz sobre el problema. Se había pensado que la exudación serosa en los tejidos fuera producida por una ruptura en el equilibrio osmótico de los humores, interviniendo como causas eficientes y complejas otros factores, tales como un estado especial de las paredes vasculares, trastornos circulatorios, influencia nerviosa, etc. Achard y Loeper trataron de determinar con más precisión la causa de esta falta de equilibrio entre el plasma sanguíneo y el que existe por fuera de los vasos en el tejido celular, y admitieron como tal una retención de ciertas sustancias en este último sitio; estas sustancias que los autores citados no determinaran, producían una mayor concentración en el plasma intercelular, por lo cual se rompía el equilibrio. En 1900, Vidal y Lesué, produciendo en los conejos nefritis intersticiales por medio de inyecciones de ácido crómico, notaron una disminución de los cloruros en la orina, y de esta manera pudieron determinar la sustancia con permanencia en los tejidos, produciendo un aumento en su valor exosmótico y produciendo de esta manera el edema. Se tenía, pues, explicado este hecho primordial: los cloruros—el cloruro de sodio en particular,—retenidos en los tejidos, atraen hacia sí para mantenerse en solución una cantidad de suero sanguíneo que constituye el edema. ¿Cuál es la causa de esta retención? ¿Es que el filtro renal no permite su pasaje por

una causa que derive de su mismo estado? Probablemente no, ya que otros materiales sólidos son eliminados sin ningún esfuerzo, y, por otra parte, la hipocloruria se observa también en los casos de edemas, en los cuales el riñón no ha intervenido para producirlo: en los edemas cardíacos, por ejemplo.

Lesué y Richet han dado la explicación más probablemente exacta. Ya Toulouse había demostrado que la hipocloruración en los epilépticos hacía disminuir el número y la intensidad de los ataques en los enfermos tratados por los bromuros. Los autores citados encontraron la explicación del hecho en la acción antitóxica de los cloruros, los cuales en condiciones normales neutralizarían la acción del medicamento. Diversas experiencias llevaron á estos autores á aceptar como un hecho la acción antitóxica de los cloruros. Ahora bien: siguiendo en el mismo orden de ideas, es probable que en los enfermos del riñón, por ejemplo, las toxinas que no pueden ser eliminadas se depositen en los tejidos, los cuales atraen hacia sí como una autodefensa á los cloruros, que producen los edemas por el mecanismo ya indicado.

Ahora bien: el hecho observado en las nefritis puede extenderse, por una fácil y lógica generalización, á las enfermedades toxi-infecciosas en las células, aunque no exista una lesión de los órganos eliminadores; el exceso de toxinas elaboradas en el organismo puede favorecer la producción del anasarca; los edemas idiopáticos tienen así una probable explicación. Sería necesario investigar el estado de los cloruros en la orina de estos enfermos, y los efectos del aumento de aquéllos en una alimentación de prueba.

Así, pues, debemos considerar los edemas idiopáticos como edemas tóxicos, cuya fuente de producción puede ser varia, pero cuyo mecanismo es siempre idéntico. Para los anasarcas de origen intestinal es probable que las toxinas producidas en el tubo digestivo pasen directamente á la circulación general sin ser completamente destruídas por el hígado y se depositen en los tejidos. En las otras enfermedades infecciosas, el mecanismo es absolutamente parecido.

Quedaría aún por dilucidar la cuestión de los anasarcas llamados idiopáticos *primitivos* por los autores clásicos. Bajo este nombre, Barthez y Sanné han descrito una afección constituída por un *edema esencial*, es decir, por un edema cuya causa no está ni en los riñones, ni en el corazón, ni en una afección distinta cualquiera. La sintomatología y evolución de esta enfermedad puede ser muy diversa; pero siempre tiene por característica este síntoma principal: el edema.

Ahora bien: nuestros progresos científicos han ido destronando una por una estas afecciones que disfrazan con la máscara de *esenciales* nuestra ignorancia, respecto al mecanismo de su producción. Sin querer hacer una generalización, que no sería justificada por lo reducido de nuestra estadística, nosotros nos preguntamos si como en algunos de nuestros casos, que á primera vista han podido ser tomados como anasarcas primitivos, el origen verdadero no está en una infección cualquiera que ha pasado desapercibida para el observador, en una infección digestiva, por ejemplo. Tal es el caso publicado con toda minuciosidad por mi distinguido amigo el Dr. Delio Aguilar en los *Anales del Círculo Médico Argentino,* XXV, número 11. Este caso, tomado como un anasarca primitivo, no es, en realidad, sino un anasarca tóxico de origen intestinal, á juzgar por los detalles anotados en el erudito artículo. Por nuestra parte, pensamos que esta clase de anasarcas deben perder el calificativo de esenciales para entrar á formar parte del grupo general de los anasarcas tóxicos.

Es indudable que la interpretación dada por los investigadores modernos al mecanismo de producción de los edemas, no puede generalizarse á todos ellos, sobre todo cuando se trata de cierta categoría en los cuales falta la infección; tales son, por ejemplo, el edema caquéctico y el edema de los recién nacidos. En éstos deben intervenir necesariamente otras cau-

sas, tales como la hidremia, la falta de tonicidad de las paredes vasculares; para el primero, la falta de energía cardíaca; el frío, etc., para ambos.

SINTOMATOLOGÍA

Nosotros no nos detendremos á describir la sintomatología de los edemas, porque ello representaría un trabajo de patología general.

Solamente queremos indicar en este estudio el aspecto de la enfermedad, tomándola más especialmente bajo el punto de vista de sus formas clínicas, para demostrar que se puede encuadrar la clasificación etiológica que hemos hecho, como la manera como aquélla se presenta.

En la obra de Barthez y Sanné, que nos sirve de guía, se estudian en párrafos distintos los anasarcas llamados primitivos y los secundarios á las causas etiológicas que hemos enumerado. Pero, como ya lo hemos expuesto según nuestras ideas, el anasarca primitivo ó esencial debe desaparecer del cuadro de la nosología é ingresar en el grupo de los anasarcas secundarios (tóxicos, tal vez). Por otra parte, esta manera de ver tiene su fundamento no sólo en nuestra experiencia personal y en la deducción lógica que se saca del resultado de los estudios hechos por los observadores modernos de que hemos hablado anteriormente (Achard, Widal, Richet, Leudet, etc.), sino también en la interpretación más racional de las observaciones hechas por los mismos autores clásicos. Así, por ejemplo, Barthez y Sanné hablan de un caso considerado por ellos como un anasarca primitivo, y en la autopsia del cual se encontró un foco de gangrena pulmonar con tuberculosis conjuntamente. Además, estos mismos autores indican como existentes en el principio de la enfermedad á las perturbaciones digestivas, que ellos toman, sin embargo, no como causa, sino como efecto. Ahora bien: ¿no es probable que en ambos casos el edema responda á la absorción de toxinas hechas en el intestino y en cualquier otro sitio, en un foco de gangrena pulmonar, por ejemplo, según el mecanismo que hemos descrito?

Nosotros estudiaremos, pues, las siguientes formas clínicas: 1.°, anasarca idiopático tóxico agudo; 2.°, forma crónica; 3.°, anasarca caquéctico; 4.°, anasarca de los recién nacidos.

1.° *Anasarca tóxico idiopático: a) Forma aguda.*—Los edemas pueden ser más ó menos intensos, según el grado de absorción de las toxinas y de las condiciones de defensa del organismo. Sin embargo, se puede ver que ellos no guardan una relación estrecha con la intensidad de la enfermedad; y si tomamos por tipo las infecciones intestinales, por ejemplo, se ven casos en los cuales una enteritis importante se complica de edemas poco abundantes (obs. VIII), y viceversa (obs. cit. del Dr. Aguilar). Generalmente el edema es poco intenso, localizado en las extremidades; pero, como decimos, algunas veces puede adquirir proporciones alarmantes, acompañándose de hidropesías en las cavidades serosas (obs. II).

El edema puede ser frío ó caliente, blanco ó rojizo, y, como todos los verdaderos edemas, deja una fácil impresión digital.

La época de su aparición es también variable, pero lo frecuente es que se muestre al final de la infección, cuando ya el enfermo está en plena convalecencia. El edema puede, sin embargo, ser una de las primeras manifestaciones de la enfermedad, y es probablemente debido á la observación de estos casos que se ha dado como cierta la existencia de los anasarcas primitivos.

La duración depende naturalmente de la infección causal, lo mismo que su gravedad. Bajo este punto de vista, los edemas deben ser considerados como un simple síntoma consistente en un cuadro clínico variado y que está unido estrechamente á la modalidad de la afección productora. Los otros fenómenos que acompañan á los edemas, tales como un estado febril, inapetencia, inquietud, etc., son, pues, variables, y su grado de intensidad, lo mismo que su pronóstico, está en relación con la enfermedad que los produce. Lo mismo puede decirse respecto del pronóstico.

b) Forma crónica.—Las formas crónicas pueden presentarse ya sea como consecutivas á las formas agudas, ó ser crónicas *d'emblée.* Lo primero suele ocurrir cuando la infección que ha dado lugar á un edema agudo se prolonga indefinidamente; en cuyos casos el edema sigue á menudo las alternativas de mejoramiento y agravación de la enfermedad.

Para las formas crónicas *d'emblée* hay que hacer abstracción de los edemas caquécticos, que anotaremos en capítulo aparte, pues estos edemas pueden aparecer en enfermos que aún no han caído en estado de caquexia. Se observan frecuentemente en las enfermedades crónicas de larga duración, tales como las tuberculosis, las enteritis crónicas, etc.

2.° *Edemas caquécticos.*—Variedad generalmente parcial (obs. VII) y que depende de las malas condiciones higiénicas, de la falta de actividad cardíaca, de la relajación vascular, de los enfriamientos, de la hidremia, etcétera. Aparece en los niños muy débiles, y su pronóstico es fácilmente deducible.

3.° *Edema generalizado ó parcial en los recién nacidos.*—Puede ser netamente congénito, ó aparecer en los primeros días que siguen al nacimiento; lo más frecuente es que se muestren del sexto al octavo.

Generalmente es parcial en su comienzo, y se localiza en las partes más declives ó donde el tejido celular es más laxo, en el escroto, por ejemplo. Cuando adquiere gravedad, lo que no es raro, tiende á aumentar de intensidad y á generalizarse. La piel adquiere en los puntos en que el exudado es más abundante una coloración lívida, violácea; parece que fuera á ceder á la presión interior y á necrosarse. El edema es en algunos casos duro, rojizo, caliente (obs. I); pero generalmente es frío, dando á la mano una sensación cadavérica. La temperatura axilar, así como la temperatura central, disminuye generalmente y se puede decir que hay un enfriamiento total.

El pronóstico es muy grave.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser dirigido á la enfermedad causal y al edema mismo, favoreciendo su reabsorción. No nos ocuparemos sino de esto último.

Se debe calentar á los enfermitos para favorecer la tonicidad vascular y disminuir en lo posible el derrame del suero sanguíneo. Los baños calientes, los baños de vapor, que tienen la ventaja de favorecer la sudación; las envolturas, las botellas calientes, serán sucesivamente usados. Cuando se trata de edemas de los recién nacidos, la incubadora puede dar buenos servicios.

Se debe favorecer la diuresis por medios medicamentosos (lactosa, estigmas de maíz, etc.).

Tonificar el corazón cuando tiene parte en la producción de edema.

Proscribir las dermoclisis con soluciones de cloruro de sodio.

Prescribir un régimen hipoclorúrico.—(De la *Revista de la Sociedad Médica Argentina.*)

Etiología y tratamiento de la colitis mucomembranosa, por el Dr. Bottentuit, *Médico consultor de la Estación termal de Plombières, Ex-interno de los hospitales de París.*—El signo principal de un estado morboso conocido hoy bajo el nombre de colitis mucomembranosa, es la aparición, en las deposiciones, de mucosidades y falsas membranas. Esta afección no ha sido desconocida por los médicos de otra generación: Morgani, Lancisi, Van Swieten, han escrito todos sobre ese tópico. En el siglo XIX llamó mayormente la atención, y fué señalada bajo varias denominaciones. Esta multiplicidad de denominaciones es la mejor prueba de que no se tenía una noción muy precisa sobre su naturaleza. Van Swie-

ten la llama diarrea glutinosa, Good diarrea tubular, Powell afección dolorosa del intestino.

Hasta el año 1861 los autores que han estudiado esta afección no están de acuerdo sobre la naturaleza exacta del exudado; algunos aún lo comparan al exudado de la difteria.

Sólo en 1861 Laboulbéne comprobó su origen mucoso. pero no apareció trabajo importante alguno al respecto antes de 1890. Hay que mencionar, sin embargo, algunos trabajos interesantes publicados en Francia por Nonat, Wannebroucq, profesor Potain y Gaston Lyon. Citaremos también: Whitehead, Williams, Doë, Kilbourn, Edwards, Findley, etc.

He publicado en el *British Medical Journal* (Abril 6, 1892) un artículo titulado *Catarrhal Enteritis, etiology and treatment.* Durante los veinte años de ejercer mi profesión en Plombières, he asistido 4.500 enfermos atacados de desórdenes gastroentéricos, tanto de dispepsia gástrica como enteritis, atonía intestinal y diarrea crónica. De este número de enfermos he comprobado que 460 sufrían de enteritis flegmosa, afección que no debe confundirse con la disentería. He señalado en este trabajo que casi todos los enfermos presentaban signos de la diátesis artrítica ó herpética, y también que dicha afección era más frecuente en las mujeres que en los hombres. He encontrado 250 casos en mujeres, 150 en hombres y 60 en niños. Las estadísticas publicadas al respecto desde 1892 dan guarismos más ó menos idénticos; las discrepancias pueden explicarse por causas accidentales ó por la clientela diferente de cada autor. Desde doce años á esta parte se han publicado demasiados trabajos sobre este tópico, para que puedan citarse todos; pero asimismo volveremos sobre muchos de ellos.

SÍNTOMAS

Los síntomas de la colitis mucomembranosa difieren según la forma que reviste y su intensidad.

La expulsión por el recto de flegmas ó de falsas membranas es un síntoma invariable y, á veces, aun el único apreciable. A veces puede presentar una forma tan benigna que pasa inadvertida hasta para los mismos pacientes. Ciertas personas evacuan sin dolor flegmas en sus deposiciones; sus digestiones son más ó menos buenas, y su estado general parece satisfactorio. De vez en cuando, sobre todo en tiempos húmedos, después de un resfriado ó de un período prolongado de estreñimiento, hay evacuación de flegmas en las deposiciones. A fuer de haber llamado su atención sobre el particular, no lo notan ni le ponen cuidado.

Lo que notan primero es la irregularidad de las funciones intestinales.

Los enfermos atacados de colitis mucomembranosa pueden dividirse en tres clases:

1.° Los que están generalmente constipados.
2.° Los que padecen alternativamente constipación y diarrea.
3.° Los que tienen una diarrea persistente.

Las dos primeras clases son más frecuentes que la tercera. Hay más enfermos generalmente constipados que enfermos que padecen alternativamente constipación y diarrea.

Entre los casos que he asistido en Plombières, 50 por 100 eran constipados consuetudinarios, 40 por 100 padecían alternativamente constipación y diarrea, y 10 por 100 tenían diarrea.

Voy á describir ahora los principales síntomas que he notado en esos casos:

a) Expulsión de materias flegmosas y de falsas membranas.
b) Dolor.
c) Irregularidad de las funciones intestinales.

Referiré luego los síntomas secundarios que derivan de aquel estado del intestino, y, en fin, las complicaciones.

El primer síntoma que llama la atención del enfermo es la presencia

de una materia flegmosa y de falsas membranas que se hallan generalmente en las deposiciones. En ciertos casos, esas secreciones bastan para provocar solas una evacuación, y entonces constátase que son el único producto de la masa excretada. La forma, la consistencia, el color y la cantidad de esas masas son muy variables. Presentan á veces una forma membranosa, y están compuestas de largos filamentos, de cilindros, de tubos, que tienen muy á menudo la apariencia de una cinta; lo que explica cómo han podido confundirse con la tenia.

La forma más frecuente es tal vez la forma flegmosa. En esta forma, las materias pueden asemejarse á materias amorfas, á veces mezcladas con las materias fecales, y otras veces formando una masa bastante voluminosa para llenar una copa; pueden también asemejarse á un esputo.

Cuando las falsas membranas se expulsan tales como han sido formadas en el intestino, sin ser despedazadas, revisten diferentes formas. Tienen á veces la forma de cilindros, y llevan en su superficie las señas de los pliegues y de las vellosidades del intestino. Estas señas hacen creer á los que las ven, y sobre todo á los enfermos, que han evacuado un fragmento del intestino. Cuando están divididas en trozos, muéstranse bajo varios aspectos: se parecen también á cintas; he visto algunas de más de un metro de largo. No se asemejan á la tenia, pues su volumen es uniforme, pero más bien á un ascárides lombricoide.

Los enfermos las comparan á menudo á macaroni ó á fideos gruesos. A veces, cuando las divisiones están muy marcadas, se parecen á oxyuros ó á granos de arroz.

Toman asimismo la forma de pequeños discos chatos, que se han comparado á *confetti*. Todas esas formas diferentes pueden encontrarse en la misma persona. El color de la secreción es variable; depende de la duración de su estancia en el intestino, donde sufre cambios por su mezcla á las secreciones intestinales y á los productos de la digestión.

He visto algunas que después de la expulsión eran claras y transparentes y se parecían á clara de huevo. A veces presentan estrías sanguinolentas; pero son casos raros, excepto cuando los enfermos padecen almorranas.

En ciertos casos, la expulsión de estas materias acompaña cada deposición; á veces, están completamente separadas de las materias fecales; están entremezcladas, más ó menos las envuelven, ó, como lo he dicho más arriba, expúlsanse juntas.

Pero, cualquiera que sea la forma que revistan y su volumen, la composición de la masa es siempre idéntica. Están formadas de materias amorfas, semitransparentes, conteniendo en su centro células epiteliales cilíndricas, leucocitos, sales y gránulos grasosos, é invariablemente grandes colonias de bacterias.

Entre los numerosos bacilos que han sido encontrados, el más frecuente es el colibacilo.

Es verosímil que la flora microbiana, que tiene su origen en el intestino, tenga un papel preponderante en el desarrollo y el progreso de la colitis mucomembranosa. Las fermentaciones intestinales entretienen un estado de irritación de la membrana mucosa, y su reabsorción determina numerosos accidentes, que son evidentemente de naturaléza infecciosa. Ya he demostrado que la colitis mucomembranosa caracterízase por la irregularidad de las funciones intestinales, y que se encuentra constipación lo más á menudo, pero no siempre, como lo suponen ciertos autores.

Estos autores atribuyen el origen de la enfermedad á la constipación. Es verdad que la constipación se ha manifestado á menudo, aun desde la niñez, y ha persistido durante muchos años, antes que se haya desarrollado la colitis mucomembranosa.

Ya he señalado en un precedente artículo, publicado en 1892 (*Catarrhal enteritis*), que en los 4.500 casos de afecciones del tubo digestivo por los que he sido consultado en Plombières he encontrado 460 casos de colitis mucomembranosa, y que de estos 460 casos sólo en la mitad se observaba

estreñimiento; de los 4.500 casos asistidos en Plombières, la mitad eran de estreñimiento en enfermos que no padecían colitis mucomembranosa.

La intensidad de la constipación es muy variable. Ciertas personas tienen una defecación espontánea después de dos, tres ó cuatro días; pero la mayoría se ven en la obligación de tomar lavativas ó laxantes. Las heces son duras, secas, ovoídeas, á veces acintadas ó achatadas. Esta última forma ha sido atribuída á un estrechamiento de la S ilíaca, pero no es así; pues, si existiese estrechez del canal, las heces presentarían siempre la misma forma, lo que no sucede. G. Lyon sugiere otra explicación: la contracción del colon.

El estado atónico del intestino es muy frecuente en la colitis mucomembranosa, pero el estado atónico alterna á menudo con un estado de contracción. He notado muchas veces esta contracción del intestino, que ha sido ya observada por Glenard, Fleiner, Geoffroi y Gaston Lyon. Volveré sobre este punto.

La segunda forma, la que tiene alternativas de estreñimiento y de diarrea ó *débacle*, es más bien menos frecuente que la primera, ó sea en un 40 por 100 de los casos.

Caracterízase por períodos de estreñimiento durante varios días, seguidos de una deposición compuesta de materias duras de olor fétido, luego deposiciones algo líquidas y otras del todo líquidas; después vuelve el estreñimiento. He mencionado ya que la forma diarreica es mucho menos frecuente que las otras. He llamado la atención sobre este punto en 1892; la había observado sólo en 10 casos de 100, en los enfermos que había asistido. Los enfermos no tenían constipación, y nunca la habían tenido. A menudo, la diarrea había existido mucho tiempo antes que hiciese su aparición la colitis mucomembranosa.

Uno de los síntomas más importantes que se manifiesta en casi todos los casos de colitis mucomembranosa es el dolor.

Hay que distinguir el dolor habitual del dolor provocado por las crisis.

En general, los enfermos experimentan una sensación penosa sobre todo el trayecto del intestino grueso. Es más ó menos intensa, sobre todo en los dos ángulos del colon.

Esos puntos son los más á menudo afectados. Prodúcense asimismo, pero con menos frecuencia, puntos dolorosos en la fosa ilíaca, del lado derecho ó del izquierdo, cerca del ciego ó de la S ilíaca.

Existe también un quinto punto doloroso entre el ombligo y el apéndice xifoide.

El dolor en todos esos puntos es á menudo espontáneo, pero puede provocarse siempre por la presión.

Hay que tener el mayor cuidado al examinar esos puntos, sobre todo respecto del diagnóstico.

Si los dolores son violentos, puede cometerse el error de tomarlos por cólicos hepáticos ó gástricos, ó por un dolor situado en el apéndice, cuando en realidad el dolor tiene su sitio en el colon transverso.

El dolor situado en el punto de Mac Burney es una causa fácil de error; puede hacer creer en la existencia de la apendicitis.

En muchos casos hemos encontrado una hiperestesia cutánea en la región del ciego y de la S ilíaca.

Es un punto importante, pues en la apendicitis existe también á menudo una exageración de la sensibilidad en el punto de Mac Burney, una hiperestesia cutánea.

Los dolores son generalmente más intensos en el momento de la defecación.

Ciertos enfermos evacuan sólo una pequeña cantidad de materias, insuficiente, y en consecuencia no experimentan el alivio propinado por una evacuación completa. Están molestados por la necesidad de una nueva evacuación. Media hora más tarde tienen una nueva deposición, pero es incompleta, y se dan cuenta de que es insuficiente. Están obligados á volver al escusado tres ó cuatro veces. En casos semejantes, una lavati-

va, tomada después de la segunda ó de la tercera deposición, presta grandes servicios. A más de los dolores ya mencionados, los enfermos se quejan á menudo de sensaciones penosas, como pesadez, tensión, torcijones. Sufren asimismo, á más de esos dolores habituales y persistentes, crisis muy dolorosas que pueden durar varios días ó varias semanas. Descarríos de régimen, purgantes violentos, el cansancio, excesos de cualquier naturaleza ó causas morales pueden determinarlas. Las crisis están generalmente precedidas de un período de constipación. En esos casos existe una gran exageración de los desórdenes digestivos, anorexia, dolor gástrico, flatulencia de origen gástrico ó intestinal, meteorismo, vómitos, constipación prolongada y también desórdenes nerviosos. El dolor tiene generalmente su sitio alrededor del ombligo y al nivel de la S ilíaca. Existe también tenesmo, pero ese último síntoma es más frecuente cuando la irritación tiene su sitio cerca del recto.

He notado á menudo esas crisis paroxísticas de dolor. Hay que tener sumo cuidado de distinguirlas del cólico hepático y de la apendicitis. El error de diagnóstico es fácil y frecuente. He observado á menudo aquellas crisis paroxísticas de dolor confundidas equivocadamente con cólicos hepáticos. Casi todos esos enfermos son neuroartríticos, son nerviosos, han sufrido desórdenes de naturaleza reumatismal ó hepática. Hay exceso de ácido úrico en sus orines, están predispuestos á jaquecas, tienen la circulación perezosa y padecen almorranas.

Cuando se les interroga, se comprueba que son neuroartríticos; investigando sus antecedentes, se les encuentra parientes gotosos ó asmáticos.

Los primeros síntomas han sido desórdenes digestivos, como flatulencia, dispepsia gástrica, lengua cargada, apetito irregular ó caprichoso, dilatación de la región gástrica é intestinal, eructos y tendencia al sueño después de las comidas. He encontrado casi siempre hiperclorhidria. El estómago está generalmente dilatado y el riñón derecho desplazado. Enteroptosis con su cortejo de síntomas.

Obsérvase también un abdomen flojo, atónico, en forma de alforja; los músculos de la pared abdominal están relajados; hay decaimiento de los intestinos, y más tarde del estómago.

El hígado está generalmente distendido, sensible y hasta doloroso. Ciertos autores han encontrado el hígado disminuído de volumen en la mitad de los casos. Por mi parte, sólo lo he comprobado en un número reducido de enfermos; pero en más de la mitad de los casos por mí tratados había decoloración de las materias fecales, lo que ha comprobado la mayoría de los que han estudiado esta enfermedad.

Esos enfermos tienen á menudo dificultad para respirar, desde la respiración corta hasta una disnea completa con palpitaciones del corazón, arritmia y hasta crisis de dolor cardíaco, que se asemeja á angina de pecho.

Estos síntomas son, sin duda alguna, de origen nervioso, y consecuencia de desórdenes gástricos. Ya lo he mencionado en 1879 (*Des dyspepsies flatulentes à forme douloureuse. Union médicale*).

Ciertos autores han propuesto varias clasificaciones de esta afección, según el predominio de tal ó cuál síntoma. Froussard la divide en:

a) Forma gástrica, caracterizada por el predominio de desórdenes gástricos.

b) Forma nerviosa, caracterizada por una neurastenia exagerada y desórdenes cardiopulmonares.

c) Forma intestinal, que depende de los diferentes desórdenes intestinales.

Esta división ingeniosa tiene la ventaja de permitir la descripción de los diferentes aspectos de la enfermedad; pero no pensamos que coincida siempre con los diversos aspectos presentados por cada enfermo aislado. A veces, encuéntrase en el mismo enfermo el predominio de los desórdenes gástricos; otras veces, una gran exageración de los síntomas nervio-

sos, y también las diversas formas de los desórdenes intestinales que hemos descrito.

La relación de la colitis mucomembranosa con la apendicitis ha sido el tema de muchas divergencias de opinión y de muchas controversias. Ciertos autores piensan que precede siempre la apendicitis. De allí se ha sacado la conclusión de que toda persona atacada de colitis mucomembranosa era predestinada á la apendicitis en un lapso de tiempo más ó menos remoto, y que, en consecuencia, debía hacerse operar para contrarrestar esta amenaza.

En una discusión notable que tuvo lugar en la Academia de Ciencias de París en 1896, el Dr. Reclus relató 20 observaciones sobre casos de colitis mucomembranosa, que habían precedido á la apendicitis. Sin embargo, era un hecho excepcional; ni Potain, ni Charrin, ni Comby, han señalado en sus trabajos al respecto casos en los cuales la apendicitis sea la consecuencia de la colitis mucomembranosa. Según mi propia experiencia, en Plombières, en 1.000 casos, no he observado un solo caso de apendicitis verdadera.

Basándose en esta estadística, Dieulafoy es de opinión que la apendicitis verdadera, comprobada por la operación, es muy rara y constituye un hecho excepcional.

Al decir apendicitis verdadera, Dieulafoy habla de la apendicitis que es el resultado de la transformación de una parte del canal apendicular en una cavidad cerrada, donde se desarrolla el foco de infección y de intoxicación consecutiva debida á los microbios encarcelados.

Pero, al lado de estas causas infecciosas de apendicitis, existen otras de forma tórpida y subaguda. Dieulafoy las denomina enterotiflocolitis. He observado, en Plombières, muchos casos de tiflitis ó apendicitis catarrales.

Las aguas de Plombières tienen un efecto de los más satisfactorios en esta forma; pueden considerarse aun como un verdadero específico.

Esta forma de apendicitis catarral es, á veces, acompañada de colitis mucomembranosa, pero raramente. En resumen: los enfermos atacados de colitis mucomembranosa no se hallan más expuestos al peligro de la apendicitis que otras personas. La litiasis intestinal coincide á menudo con la colitis mucomembranosa; he observado muchos ejemplos.

Sobre este punto, durante estos doce últimos años, E. C. Jones, Ed. Shattock, E. S. Thompson, S. Delepine, Dieulafoy, Mathieu, etc., han llamado la atención. Sir Dyce, Duckworth y el Dr. Archibald Garrod han publicado interesantes artículos sobre este tópico. (*Medico-chirurgical transactions*, 1902.)

Encuéntranse á menudo en las materias pequeños granos de arena de color amarillento, evacuados con las mucosidades ó fuera de ellas. No se apercibe siempre la presencia de la arena en los intestinos; pero á veces determina cólicos, dolores, náuseas y vómitos. Es importante no confundir esas crisis con cólicos hepáticos ó con los de la apendicitis. Dieulafoy observa que esta litiasis intestinal es de la misma naturaleza que las demás litiasis, y está bajo la dependencia de la diátesis gotosa artrítica. Esas sales están compuestas de fosfatos y de carbonatos de calcio, y de fosfatos amoníaco-magnesianos. Contienen también materias orgánicas.

La colitis mucomembranosa es muy frecuente; es de todas las edades. El número de niños atacados es importante: aproximadamente, 7 á 8 por 100. Es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Casi todos los enfermos son de diátesis gotosoartrítica, y agregaré que casi todos tienen una disposición neuroartrítica.

Como lo he hecho notar ya, ciertos autores piensan que la constipación es una causa constante de esta afección. He publicado estadísticas en 1892 al respecto; hoy llegarían á la cifra de 6.000 casos. La mitad de estas personas estaban realmente constipadas; las otras tenían alternativas de constipación y de diarrea; una décima parte sólo tenía diarrea. Además, he asistido dos mil personas atacadas de constipación, pero que no presentaban signos de colitis mucomembranosa.

Sin duda ninguna, la constipación tiene un papel importante en esta afección. La presencia de materias endurecidas irrita la mucosa del intestino; pero no debe olvidarse que una digestión imperfecta es un agente importante de infección y de autointoxicación. Toda persona de diátesis artrítica es propensa á la irritación catarral de la mucosa de los bronquios, de la laringe, del útero y del intestino. La constipación puede ser sólo una causa excitante; pues casi todos estos enfermos habían sufrido, en el principio, de dispepsia flatulenta gastrointestinal y de hiperclorhidria; luego casi todos están atacados de dilatación estomacal, seguida de ectopia del riñón y, en fin, de desórdenes intestinales. Es esa la marcha habitual de la enfermedad que seguimos al interrogar los pacientes; sin embargo, á veces la colitis mucomembranosa es la consecuencia de la enteritis aguda y de la disentería. Ciertos autores consideran la neurastenia como su causa inicial. El resultado de mis observaciones propias está en pugna con esta teoría, pero es positivo que el nervosismo de los artríticos está fuertemente aumentado por la presencia de la colitis mucomembranosa.

Se ha atribuído también esta afección á la existencia de metritis, á la congestión de sus anexos ó á la infección que de ello resulta.

Las estadísticas publicadas prueban que la mitad de los casos de colitis mucomembranosa se observan en los hombres y niños, y otra mitad en las mujeres. Las tres cuartas partes de estas últimas no tenían afección de la matriz ó de sus anexos, y, como lo hace notar Langenhagen, ¡cuántas mujeres sufren de afecciones uterinas, y cuán pocas tienen colitis mucomembranosa! Creo haber demostrado que esta afección se desarrollaba en las personas pertenecientes á familias gotosas. La causa predominante es una alimentación defectuosa, que causa una digestión estomacal é intestinal difícil, fermentaciones infecciosas y autointoxicación.

La presencia de materias endurecidas y de ptomaínas irrita la mucosa intestinal, y entonces se produce la secreción mucomembranosa.

Esos desórdenes de la digestión intestinal son seguidos luego de una secreción defectuosa del hígado. Los síntomas nerviosos aparecen, aumentando por su presencia todos los síntomas tan numerosos que hemos descrito. En resumen, es un círculo vicioso.

DIAGNÓSTICO

La presencia de flegmas y de falsas membranas en las materias fecales nos permite reconocer inmediatamente la colitis mucomembranosa. Sin embargo, hay que tener mucho cuidado de no confundirla con la tenia. Cuando el dolor tiene su sitio en el colon ó en el punto de Mac Burney, no hay que atribuirlo á apendicitis; ó, cuando se localiza en el ángulo derecho del colon, confundirlo con cólicos nefríticos ó hepáticos; ni tampoco, cuando está localizado en el ángulo derecho, creer en la existencia de un tumor. Sólo es difícil el diagnóstico cuando existen crisis paroxísticas. Entonces la intensidad del dolor, el estado febril y los vómitos pueden hacer creer en la existencia de apendicitis, de cólicos nefríticos ó hepáticos, ó también de dolores del ovario.

PRONÓSTICO

Esta enfermedad es raras veces mortal; pero el pronóstico es serio, pues es una afección de larga duración, difícil de curar, y que causa numerosas complicaciones. Entre otros, provoca un estado caquéctico, que va siempre aumentándose, y se acompaña de un estado neurasténico bastante grave.

Cuando están atacados los niños, se observa un enflaquecimiento notable, pérdida del apetito, tristeza, y generalmente una suspensión del des-

arrollo. En las niñas, la aparición de los menstruos está retardada; ninguna de las niñas de menos de quince años que he asistido había menstruado.

TRATAMIENTO

Las indicaciones para el tratamiento dependen de la forma que reviste la enfermedad y de su duración. Hay que tener en cuenta, al mismo tiempo, los tratamientos precedentes. Casi todas las enfermas que he asistido habían abusado en demasía de los purgantes. En el principio de enfermedad, los purgantes parecen generalmente prestar servicios; pero, á la larga, su efecto disminuye y su empleo repetido irrita la mucosa intestinal y aumenta así la constipación y la secreción de las mucosidades; eso se refiere sobre todo á los purgantes drásticos y á las aguas salinas. Todas las enfermas que he asistido de esta afección se habían puesto primero al régimen lácteo, sin conseguir buenos resultados. Las personas atacadas de colitis mucomembranosa digieren mal la leche: por lo general, su uso aumenta la constipación y determina flatulencia.

Hay que dividir el tratamiento de la colitis mucomembranosa en dos clases: el que debe prescribirse durante la marcha regular de la enfermedad, y el que debe ponerse en práctica cuando producense las crisis paroxísticas. El régimen es de la mayor importancia: es preciso que el enfermo se nutra bien, pero con alimentos que le permitan digerir y asimilar perfectamente.

Muchos enfermos, por temor del dolor ocasionado por la digestión, disminuyen la cantidad de alimentos y aun la reducen á una cantidad insuficiente; tienen miedo de comer, y el resultado es la pérdida de fuerzas, el enflaquecimiento, que llega á tomar proporciones inquietantes.

El régimen en semejante caso es el mismo que debe seguirse en la dispepsia gastrointestinal y en la dilatación del estómago.

Voy á indicar sumariamente las reglas que deben guiarnos para prescribir el régimen. Este artículo está escrito para los médicos: es inútil, pues, enumerar aquí todos los alimentos que deben permitir ó proscribirse, ó describir el modo de aderezarlos: nos llevaría muy lejos. Todos los que han leído los hermosos trabajos de Lander Brunton, Oertel, Bouchard, tienen sobre la materia los datos más precisos.

En primer lugar, es sumamente importante evitar todo alimento que deja residuos, como pellejos, fibras, pepitas ó los que el líquido estomacal no puede disolver ni digerir. Su presencia entretiene la inflamación de la mucosa intestinal, y provoca á veces contracciones peristálticas, y muy á menudo dolorosas; pero, á más, tienen su acción sobre los intestinos, á la que deben su reputación como laxantes, las ensaladas y las legumbres. Muy á menudo ese resultado no se consigue, y, al contrario, la constipación aumenta. Es fácil demostrar en qué estado evácuase el residuo de esas materias después de su estancia en el intestino. Si se coloca en un cedazo, y se va vertiendo agua hasta que pierda color y olor al pasar por la materia fecal, queda en el cedazo el residuo de los alimentos, como fibras de ensaladas, chanchas, fibras tendinosas de carne y el pellejo de las legumbres harinosas. He encontrado hasta escamas de pescado, tragadas evidentemente al comer demasiado ligero.

Es sumamente necesario aconsejar á estos enfermos comer despacio, masticar cuidadosamente, de manera que los alimentos estén bien divididos y bien mezclados á la saliva. Es preciso tomar sólo una pequeña cantidad de alimentos, pero todos nutritivos, como huevos, aderezados de cualquier modo, excepto huevos duros; carnes livianas asadas, á la parrilla ó estofadas, pero sin salsa. Si el enfermo no tiene dientes ó muelas en buen estado, es preciso que se le pique la carne, ó que use un masticador.

Deberán preferirse las carnes que se deshacen fácilmente. Jamás hay que comer carnes avanzadas ó insuficientemente cocidas, y generalmente alimento alguno en estado de descomposición, como ciertos quesos, que

naturalmente están llenos de toxinas, de microbios. Puede permitirse el pescado blanco, hervido ó frito; pero si es frito, con la condición de sacar el pellejo; las legumbres harinosas, finamente pasadas al tamiz, pueden asimismo permitirse (papas, alverjas, porotos, lentejas, castañas). Recomiendo á mis enfermos comer las legumbres con la carne, y tener cuidado de no tragar los alimentos demasiado ligero. El efecto algo prolongado de la mezcla de la saliva con los alimentos ayuda la digestión.

Debe permitirse el macaroni, los fideos, el arroz, que constituye un alimento precioso en razón de las varias maneras como puede aderezarse.

Asimismo puede recomendarse el pan tostado en pequeña cantidad, pero prefiero los *breakfast* bizcochos. Puede comerse también sopa de leche espesada con pastinas, ciertas frutas que no tienen pepitas, duraznos, albaricoques muy maduros, sobre todo cuando están cocidos; pero deben proscribirse en absoluto, por el contrario, los alimentos grasos, las crudezas, las frutas agrias, la carne insuficientemente cocida, las salsas, los guisados, la caza, los moluscos, el cerdo (excepto el magro del jamón), lo mismo que el vino, la cerveza y todas las bebidas alcohólicas.

Puede tomarse una pequeña cantidad de agua ó de té en las comidas: aun es cosa útil; cuando se toma una alimentación ricamente azoada, es de temer la acumulación de productos azoados; es, pues, necesario tomar agua, á fin de lavar y arrastrar esos productos azoados. Tenemos por hábito en Plombières prescribir, antes de las dos principales comidas, una copa de agua de la «Source des Dames» (Fuente de las Damas), á 52 grados centígrados.

Agrego á esta agua, para los enfermos que tienen el hígado perezoso y materias decoloradas, un gramo de sales de Carlsbad, sales Sprüdel. Las dos copas de agua contienen, pues, 2 gramos de sales de Carlsbad por día. Esta mezcla de una pequeña cantidad de sales de Carlsbad en el agua de la Fuente de las Damas da siempre excelentes resultados. En ocho ó diez días, las materias fecales vuelven á su color normal, y el olor fétido ha desaparecido. En estos casos hay que regularizar las deposiciones. He dicho ya que el empleo de los purgantes salinos y drásticos debe evitarse; pero, como hay que conseguir un resultado, es preciso recurrir, sea á los laxantes, sea á las lavativas. Uno de los mejores laxantes es el aceite de castor. El enfermo se dará personalmente cuenta de la cantidad que le es necesaria, siendo la dosis muy variable según la persona. Es un excelente laxante, sin acción irritante, cuyo empleo puede continuarse largo tiempo. En ciertos casos, sin embargo, el aceite de castor está mal tolerado; hay que recurrir entonces á la magnesia, al azufre y al crémor tártaro, separadamente ó mezclados por partes iguales. Es imposible fijar reglas absolutas, pues deben tenerse en cuenta las susceptibilidades de los enfermos. A veces, cuando purgantes que generalmente producen efectos satisfactorios no dan resultado, otras fórmulas tienen mejor éxito. De vez en cuando, hay que recurrir á los colagogos y también al calomel, sobre todo en los casos de hígado tórpido.

Los supositorios de glicerina son muy útiles, ó asimismo, cuando existe un estado espasmódico del recto, los supositorios belladonados. Otras veces, en caso de constipación pertinaz, hay necesidad de emplear todos esos remedios combinados.

Por la noche, en horas de la comida, un laxante, ó, antes de acostarse, una inyección de aceite de olivo puro por el recto, como lo prescribe Fleiner. Por la mañana, á una hora de intervalo, uno ó dos supositorios glicerinados y, en fin, una lavativa.

El médico de cabecera es el que debe buscar y encontrar cuál es el medicamento de mejor resultado.

Cuando hay diarrea, hay que emplear el salicilato de bismuto y lavar los intestinos con antisépticos suaves. En caso de crisis paroxísticas, hay que prescribir apósitos calientes en el abdomen, cataplasmas ó fricciones belladonadas.

Los baños consiguen asimismo un gran alivio.

Los baños de Plombières, de una duración de cuarenta minutos á una hora, á 35 ó 37 grados centígrados, tienen un efecto sedativo y calmante sobre el sistema nervioso y sobre toda la circulación. No podemos dudar de su acción sobre el cerebro-espinal, y consecutivamente sobre los nervios del intestino. Esos baños calman el dolor y disminuyen el eretismo nervioso del intestino.

Son sumamente útiles en los casos de espasmo del colon y de crisis de enteralgia. Su primer efecto es devolver el sueño. Consiguen muy á menudo la desaparición de las mucosidades, regularizan las secreciones intestinales y disminuyen las crisis de diarrea.

Hay que emplear, con los laxantes, el lavado del intestino. Esos lavados tienen por objeto, no sólo arrastrar las materias fecales y las secreciones intestinales, sino que, al mismo tiempo, disminuyen el dolor causado por la irritación intestinal y el espasmo. Merced á su empleo, la mucosa recupera sus poderes de absorción y de secreción, y el estado contráctil del intestino está aumentado. No se propinan como un medio mecánico para evacuar el intestino, sino como un agente terapéutico que, merced á la virtud específica del agua de Plombières, obra sobre la mucosa intestinal. Las aguas de Plombières obran sobre la mucosa intestinal, como otras aguas minerales obran sobre la mucosa de la garganta, cuando se toman en gargarismo. Es un baño intestinal ó, como se ha dicho, un gargarismo intestinal.

Sin embargo, hay que dar esas duchas con las mayores precauciones. Es preciso que la presión no sea demasiado fuerte, pues si lo fuese provocaría crisis dolorosas ó exageraría los espasmos.

El recipiente que contiene el agua debe colocarse á 40 ó 50 centímetros más alto que la cama del enfermo. El agua debe tener de 38 á 40 grados centígrados. La cantidad introducida en el intestino no debe ser muy grande: una inyección de un litro y medio ó de dos litros provoca á veces dolor y espasmos. Prescribo generalmente medio litro por cada inyección; hay que guardar el agua durante algunos minutos, sin hacer esfuerzos para detenerla. El enfermo deberá acostarse, primero del lado izquierdo, luego del derecho, de manera que así pueda el agua circular á través del colon entero y del ciego.

Cuando ha sido expulsada esta agua, luego de haber descansado el enfermo durante algunos minutos, hay que inyectar nuevamente la misma cantidad de agua.

Aconsejo á mis enfermos practicar esos lavados luego de haber defecado; porque, como lo he dicho anteriormente, no hay que conceptuarlos como un medio mecánico de evacuar el intestino, sino como un baño intestinal.

La instalación de estas duchas, en Plombières, realiza todos los progresos de la higiene y del confort.

En cada sala de ducha hay un sofá en que se acuesta el enfermo, y al pie de dicho sofá está colocado el recipiente para el agua, á la altura indicada por el médico; un termómetro con un cuadrante indicada la temperatura del agua. En fin, un nivel indica la cantidad de líquido contenida en el recipiente, y un cursor marca la cantidad de agua que sale; lo que tiene por ventaja permitir al enfermo conocer exactamente la cantidad de agua inyectada en el intestino.

En 1897 existían en Plombières solamente quince salas de duchas como la descrita; ahora existen cien salas.

En estos últimos seis años, el número de duchas ha pasado de 3.000 á 28.000. En el tratamiento de la colitis mucomembranosa, hay que tener en cuenta las indicaciones especiales dadas por las diferentes complicaciones. Las más frecuentes son: las afecciones gástricas, la hiperclorhidria, el riñón flotante, las afecciones del útero y del ovario, y la neurastenia.—(De la *Revista de la Sociedad Médica Argentina.*)

Osteo-artritis de la quinta y sexta vértebra cervical. Aplicación de un aparato de suspensión é inmovilidad de la cabeza y cuello. Curación, por el Dr. A. Morales Pérez, *Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.*

I

Hace algún tiempo que publiqué en esta *Revista* una historia clínica referente á un niño de la Cenia, provincia de Tarragona, el que adolecía de un padecimiento igual al del enfermito objeto de estas líneas.

El niño M. C., natural de Cambrils, provincia de Tarragona, de tres años de edad, hijo de padres robustos y sin *tara* patológica, se presentó en mi consulta hace un año próximamente. El estado deplorable del enfermito me impresionó desagradablemente, y me recordó al niño de la Cenia: uno y otro tenían la cabeza en flexión extrema, apoyándose el mentón sobre la horquilla esternal; uno y otro tenían fuertes dolores al menor movimiento espontáneo ó provocado. La idea del dolor les hacía exhalar grandes gritos si se intentaba el más pequeño contacto para practicar el reconocimiento indispensable.

Los antecedentes que se deducían del relato de sus padres eran, en síntesis, los siguientes: durante el embarazo por este niño, la madre había gozado de la salud más perfecta. La lactancia—llevada á cabo por la misma madre—había durado diez y ocho meses, y durante ella no se había notado, ni en la madre ni en el niño, nada de anormal ó patológico.

A los diez y nueve meses de edad tuvo el niño una pertinaz tos ferina, con bronquitis muy acentuada, que le duró unos tres meses, quedando el enfermito sumamente delicado de salud y muy inapetente. Aunque tomaba reconstituyentes, ordenados por el médico, el niño no se reponía, y al cumplir los dos años de edad, notaron sus padres que el niño tenía la cabeza inclinada hacia la parte anterior y sentía fuertes dolores durante la noche, que le interrumpían el sueño muy á menudo. A los cuatro meses de estos dolores —para cuyo tratamiento se usaron inútilmente calmantes diversos—notaron los padres del enfermito una tumefacción en la parte posterior del cuello. Esto alarmó más á la familia; pero siguieron usando diversos medios, sin resultado positivo, hasta pasados otros cuatro meses, en cuyo tiempo se enteraron los padres del niño de la curación del de la Cenia, por la familia de éste, que me lo recomendaron directamente.

El enfermito presentaba una tumefacción bastante considerable y muy dolorosa en la quinta y sexta vértebras cervicales. La presión, por muy suave que se practicase, resultaba dolorosísima. Los movimientos de rotación eran imposibles, y sólo notaba el niño algún alivio teniendo la cabeza en flexión forzada y sostenida por las manos.

En vista del buen resultado obtenido en el enfermito anterior—cuya curación fué completa y en la actualidad goza de perfecta salud,—le mandé construir, por el ortopédico Sr. Carcassona, un aparato igual para suspender é inmovilizar la cabeza y cuello, no sólo durante la vigilia, si que también durante el sueño.

Desde los primeros días notó el enfermito un gran alivio, y suplicaba á sus padres que no le quitasen el aparato. Este hecho es bastante curioso y digno de anotarse, no sólo por lo que á este aparato se refiere, sino á todos por los que sienten alivio en sus dolores los enfermitos. Recuerdo á este propósito á un niño que padecía una coxalgia con dolores intensísimos. Le apliqué un aparato de extensión continua, y el niño, que hacía muchos días que no podía reposar y sus tormentos eran atroces, quedó profundamente dormido, y al despertar no comprendía que lo que tanto le había asustado en un principio, al ver las poleas, cuerdas y peso, fuese para él como bálsamo de tranquilidad. Al quitarle el aparato, cuando ya

creí completa su curación, costó un gran trabajo el poderlo convencer, y sólo consintió á ello ante la *promesa formal* de aplicarlo de nuevo si volvían los dolores.

II

A muchas reflexiones clínicas se presta esta historia; pero los hechos y consideraciones aducidas en el artículo referente al enfermito de la Cenia me eximen en parte de este trabajo. Mas no quiero *pasar por alto* otro tratamiento que vi emplear en el Instituto Hoffa, de Berlín, durante mi visita en el verano anterior. No tengo por qué mencionar el gran nombre y autoridad que en el mundo científico goza el Dr. Hoffa y su notable establecimiento de Berlín, que al igual que el de Lorenz, de Viena, se ven concurridos por enfermos de todos los países. Volviendo á mi objeto, pude presenciar en dicho Instituto á un enfermito que tendría unos seis años. Este padecía una osteo-artritis de las primeras vértebras y articulaciones.

Colocaron al niño frente á un buen aparato de rayos X, con un diafragma adecuado, para precisar bien la intensidad y límites de la lesión.

Obteniendo este importante dato de diagnóstico anatómico, fué colocado el niño convenientemente boca abajo sobre una mesa estrecha y con una almohada en la frente, los brazos hacia arriba y afuera, sostenidos por un ayudante. La cabeza, fija y en extensión; y los pies y piernas, estirados por dos ayudantes. Le fueron aplicando grandes gasas empapadas en yeso y alumbre—cuya preparación la hacen admirablemente en dicho establecimiento, como tuve ocasión de observar repetidas veces—hasta formar un molde para la mitad de la cabeza, cuello y tronco, como si fuese una canal perfectamente ajustada que garantizase la inmovilidad más completa.

El niño ha de estar acostado en esta posición, que me recordó el uso que antiguamente hacían los franceses de la canal de Bonnet, de Lyon.

Aunque resulte más económico dicho procedimiento, obliga al enfermo á un reposo prolongado, con grave peligro para las funciones nutritivas, ya muy amenguadas en estos pacientes.

Hay en esta clase de canales ó moldes de yeso otro inconveniente, que es fácil de comprender á poco que se reflexione sobre este punto: al aplicar el molde de yeso, que se adapta—como es consiguiente—á una *tumefacción vertebral determinada*, cuando ésta disminuye por la acción del tratamiento, en el *molde* ha de quedar un *hueco*, relativo á la disminución flegmásica, lo que puede perjudicar al efecto terapéutico que nos proponemos obtener.

Otra clase de moldes pudimos observar en dicho Instituto, referentes al tronco, que pudieran tener también aplicación á la cabeza y cuello. Estos moldes están fabricados con *celoidina*, y son muy limpios y ligeros, y no creo que sean de mucho coste, pues el *esqueleto ó armazón* es de una tela ó gasa de mallas estrechas y la *celoidina* no tiene mucho precio.

Aunque creo estos últimos mejores que los de yeso, siempre queda la dificultad del *hueco* sin resolver, pues no es fácil renovar un nuevo apósito cada tres ó cuatro días, lo que resultaría costoso y muchas veces impracticable.—(De la *Revista de Medicina y Cirugía prácticas.)*

Tuberculosis pulmonar, por el Dr. C. M. Desvernine (1).—La lucha activa contra la tuberculosis, mejor dicho, contra el bacilo patógeno de Koch, que lleva á cabo el cuerpo médico en general, y la cooperación que le prestan en ese sentido las personas cultas de la sociedad, son pruebas evidentes de que está ya en el ánimo de todos que la tuberculosis es

(1) *Introducción* del libro que con ese título ha publicado este año el autor.

la plaga más cruel que aflige á la humanidad, por los grandes sufrimientos que trae consigo, por su extensión progresiva, en relación directa con la creciente tendencia del hombre civilizado á vivir en grandes agrupaciones, y por su desenlace funesto, al fin, las más de las veces.

A medida que la población del mundo civilizado ha aumentado, concentrándose al mismo tiempo en grandes focos, y que las vías de comunicación han facilitado frecuentes y estrechas relaciones entre los pueblos, la tuberculosis ha progresado en su marcha ascendente, sin respetar razas, sexos, edades, climas, altitudes, etc., siguiendo y persiguiendo al hombre sin treguas; llegando á ser, desde una época remota, la más frecuente de todas las enfermedades infecciosas.

Las cifras de su mortalidad son de las más elevadas, encontrándose tubérculos activos, como causa directa ó indirecta de la muerte, en un 40 ó en un 50 por 100 de las autopsias en las grandes poblaciones. (Bollinger.)

Su obra destructora comienza desde la niñez; y si en un tiempo se creyó que á esa edad gozaba el hombre del privilegio de una cierta inmunidad, ese concepto erróneo dependió de la forma especial que asume la tuberculosis en los primeros años de la vida, en los órganos repiratorios sobre todo, lo que hace el diagnóstico clínico á menudo muy difícil.

Las indagaciones de Landouzy, de las primeras llevadas á cabo en ese período de la vida, arrojaron, para el Hospital Tenon, en París, poco menos de un 33 por 100 de mortalidad en niños de seis meses á un año, por tuberculosis *familiar* y no *nosocomial*. En un período de ocho años, próximamente, encontró el mismo autor, en la mortalidad general de París, una defunción por tuberculosis por cada 5,7 de otras causas, en niños de un día á cinco años.

Boltz encontró en Kiel la mortalidad infantil, por esa causa, en un 33,95 por 100 de las autopsias, cifra ésta elevadísima si se tiene en cuenta que esas observaciones se refieren exclusivamente á la tuberculosis médica de los órganos internos.

En el extremo opuesto de la vida no son menos serios sus estragos. La aserción de Laennec, combatida en un tiempo: «La tisis es muy frecuente, aun en la vejez avanzada», ha sido plenamente confirmada por Andral, Mettenheimer, Maclachlan, Marfan, Michel, Tessier, y recientemente por Barié. W. Fuller sostiene que en Inglaterra y Gales es tan frecuente á los setenta años como á los quince; y Manfredi ha creído ver que la enfermedad hace más víctimas á los dos extremos de la vida que en ninguna otra época de la existencia.

De datos de esa naturaleza, que podríamos aumentar considerablemente, se desprende que la tuberculosis es muy frecuente también en la vejez, con algunas variaciones, según las razas, climas, condiciones sociales, etc.

En Francia, la tuberculosis, en general, ocupa el primer puesto entre las causas de mortalidad. Del 35 por 100 que representan las defunciones por afecciones infecciosas, corresponde á la tuberculosis el 23 por 100. Durante los ocho primeros meses del año 1880 causó 7.724 víctimas, mientras que todas las demás enfermedades contagiosas y epidémicas sólo arrojaron 6.861 defunciones. Durante los ocho primeros meses de 1881, la tuberculosis sacrificó 8.222 personas; las demás afecciones infecciosas, sólo 5.597. (Landouzy.)

Conheim, una vez que aceptó las ideas de la unidad de la tuberculosis de la escuela francesa, y sus relaciones con la escrofulosis, incluyó en el número de los tuberculosos confirmados hasta los predispuestos á la enfermedad (Scapuloealatoe), asegurando que, en su experiencia, una glándula cervical de uno de esos supuestos candidatos es el mejor material para provocar una tuberculosis por inoculación.

Entre nosotros, según el informe oficial del Departamento de Sanidad, la mortalidad general del municipio de la Habana fué, en 1902, de 21,19 por 1.000 habitantes, siendo la población total de 275.000 habitantes. De

esa mortalidad general, el 32,18 por 100 corresponde á las enfermedades infecciosas. De esta cantidad, el 50,55 por 100 pertenece á la tuberculosis pulmonar.

Recientemente, Naegeli, bajo la dirección del profesor Rippert, ha llevado á cabo, desde este punto de vista especial, 500 autopsias consecutivas en el Instituto Patológico de Zurich, con una minuciosidad sin precedentes, obteniendo cifras que han causado sensación en el mundo médico. Cada vez que el examen macroscópico dió resultados dudosos ó negativos, antes de formular un diagnóstico definitivo, se hizo una investigación *microscópica* detenida de todos los órganos; y esas investigaciones han revelado en esa serie un 97 por 100 de tuberculosos: activos, latentes ó bien curados.

Del protocolo de esas autopsias se desprenden las siguientes conclusiones generales: Durante el primer año de la vida, la tuberculosis es sumamente rara, y casi siempre mortal (1).

De los cinco á catorce años, se encuentra ya en la tercera parte de los cadáveres. De éstos, las tres cuartas partes de los sujetos sucumbieron por efectos directos de la enfermedad, y en el cuarto restante se observó activa y progresiva.

Entre los catorce y diez y ocho años eran tuberculosos la mitad, con procesos progresivos, y raras veces, casi nunca, se encontraron señales de curación. Una tercera parte de todas las defunciones en esas edades fué de origen tuberculoso.

De los diez y ocho á los treinta años, se observaron alteraciones tuberculosas en casi todas la autopsias. En tres cuartas partes de los casos, en forma activa; y en la cuarta restante, cicatrizada.

Las dos quintas de todas las defunciones pertenecieron aquí á la tuberculosis.

De los treinta años á los setenta, disminuyen las probabilidades de encontrar tuberculosis activas, mortales, mientras es casi seguro encontrar focos de esa naturaleza, más ó menos latentes ó curados.

En conjunto, si con los progresos de la edad disminuye el número de las tuberculosis activas mortales, aumenta el número de las benignas, relativamente inofensivas ó curadas.

En cuanto á la curva de la mortalidad de la tuberculosis en general, de 100 por 100 que es en los primeros meses de la vida, desciende progresivamente hasta los diez y ocho años, en que sólo llega al 29 por 100. De este punto vuelve á tomar un curso ascendente, y alcanza á los treinta años la cifra de 38 por 100, para descender de nuevo hacia el extremo avanzado de la vida.

La curabilidad mínima antes de los diez y ocho años se realiza en el tercer decenio en una cuarta parte de los casos; en el cuarto decenio alcanza hasta las dos quintas partes, y aumenta progresivamente hasta los setenta años, en que se lleva á cabo en las tres cuartas partes de los casos.

En estas cifras de Naegeli hay que tener en cuenta que están incluídos los casos de tuberculosis externa (2).

De todas las formas de la tuberculosis humana, la más frecuente es la

---

(1) En las autopsias de Naegeli se hizo el diagnóstico por el estudio macroscópico y microscópico de los órganos, sin la investigación del bacilo en muchos de ellos—dada la evidencia de las lesiones anatomo-patológicas.—En lo que á los ganglios tráqueo-bronquiales en los niños se refiere, consigna que los encontró enfermos en *todos* los casos. Esta serie no la incluye en sus cuadros estadísticos, y, sin embargo, en el texto de su trabajo (pág. 488) la califica de tuberculosa.

(2) Franz ha confirmado en Australia la exactitud de las cifras de Naegeli. Escogiendo los hombres más sanos del Ejército austriaco—entre los que ya habían pasado por el severo examen para ser admitidos en el servicio militar,—encontró reacciones positivas á la tuberculina en un 61 por 100 en el primer año de servicio y 68 por 100 en el segundo año. Sirviendo la recomendación de Koch de aumentar la dosis hasta cerca de un centígramo, subió la proporción de reacciones positivas, á los veintiún años de edad, hasta el 96 por 100.

de los vértices pulmonares y ganglios linfáticos tráqueo-bronquiales, y tanto la una como la otra pueden considerarse en el adulto, generalmente, como de origen aerógeno.

La forma pulmonar es la que arroja la cifra más alta de la mortalidad.

Sobre la mortalidad por tuberculosis pulmonar en las distintas edades, la estadística más completa que tenemos á mano en estos momentos es la oficial prusiana, comprendiendo un período de veintiséis años: de 1875 á 1901. Esa estadística, estudiada por Ascher, de Konigsberg, arroja por cada 10.000 habitantes un mínimum, de los cinco á los diez años, de 4,43 por 100.

En la infancia, el máximum corresponde al primer año: 26,20 por 100 para el sexo masculino y 22,47 por 100 para el femenino.

Desde los diez años la mortalidad asciende progresivamente, alcanzando entre los cincuenta y setenta años la cifra de 83,06 por 100 en el hombre y 56,43 por 100 en la mujer.

Las dos oscilaciones ascendentes más acentuadas se observan de los treinta á los cuarenta años y de los cincuenta á los sesenta en el hombre. En la mujer, la oscilación ascendente más acentuada es de los diez á los quince años.

Si comparamos los resultados de la medicina humana con los de la medicina veterinaria, observamos que la especie Homo se distingue de toda la serie animal sólo en que se baciliza en todas las edades por todos los medios conocidos y que produce tubérculos en todas sus variedades morfológicas. La especie porcina, por ejemplo, es susceptible, sobre todo, á la forma aguda ó la linfática de origen intestinal (scrofa); la bovina, á la forma crónica con tendencia marcada á la fibrocretificación; los conejos son insensibles á las formas atenuadas; los cochinillos de Indias, muy sensibles únicamente á la infección por inoculación; y cuando se tuberculizan por la vía aérea, tiene en ellos el proceso mayor tendencia á permanecer latente que en el hombre. (Marcoli.)

La raza caballar es refractaria en cierto grado, etc.

Nada de esto se observa en ninguna de las razas humanas. El negro goza de una inmunidad relativa en el estado salvaje; pero tan pronto como se altera su modo de existencia natural, adquiere una predisposición acentuada. Los híbridos de la raza blanca y de la negra—y de la asiática (chinos) con la negra—poseen una extraordinaria predisposición.

Todas las formas de tuberculosis se desarrollan, en fin, tan fácilmente en la raza humana, que se puede dudar, con Volkmann, sobre si realmente somos menos sensibles á esa infección, como se ha dicho, que los cochinillos de Indias ó los conejos.

Las aserciones de Koch en el último Congreso de la tuberculosis efectuado en Londres, sobre la insensibilidad de la especie humana para la tuberculosis bovina, han sido refutadas con sólidos argumentos por Behring, los que no dejan lugar á dudas sobre el error de observación cometido por el ilustre bacteriólogo.

A. Cipollina, por su parte, se cree autorizado, por los resultados de sus experimentos llevados á cabo en el Instituto para el estudio de la tuberculosis del profesor Maragliano, en Génova, á pensar, al contrario, que el bacilo de la tuberculosis bovídea es más virulento para el hombre de lo que es para éste su bacilo propio.

Pero aun en la hipótesis de que de algún modo estuviésemos protegidos de la infección de ese origen animal, ¿qué beneficio nos reportaría esa inmunidad, mientras no se cuide escrupulosamente de que la leche de vaca y otras no estén manipuladas *ad summum* por tuberculosos, que la contaminan, seguramente, con el bacilo específico humano? Se daría un gran paso en la profilaxis de esa infección, hoy que crece la convicción de que la tuberculosis del adulto tiene su origen frecuente en la infección en el período de la lactancia, prohibiendo terminantemente que individuos tísicos en el período ulceroso se dediquen á esa industria, en ninguna de sus formas. Los adultos pueden defenderse de la infección de

ese origen, pero los niños no tienen defensa alguna en su canal alimenticio. Su tubo digestivo es la puerta de entrada libre que deja pasar, invariablemente, esos microorganismos, entre otros, Weigert, Gmelin, Behring (loc. cit.), por la discontinuidad de la capa epitelial gastro-intestinal y por la ausencia en sus aparatos glandulares de sustancias antitóxicas y fermentos destructivos para las bacterias.

Esa forma de tuberculosis, la que designa Behring «post-genital», latente hasta un período más ó menos avanzado de la vida, restringe cada día el capítulo de la tuberculosis hereditaria «genital» y «pre-genital».

La higiene pública es de un rigor extremo con los leprosos, por ejemplo, á pesar de tratarse en este caso de un contagio y diseminación extraordinariamente más lentos y restringidos que el de la tuberculosis; ¿por qué no se han de tomar medidas para proteger á los niños, desprovistos como están de elementos propios de resistencia contra la tuberculosis?

Desgraciadamente, esas estadísticas que hemos mencionado, aunque variables en algunos detalles, se repiten en casi todos los grandes centros populosos, y concurren á demostrar que el hombre posee una extraordinaria predisposición, en su aparato respiratorio sobre todo, á bacilizarse; una vez bacilizado, á tuberculizarse; y una vez tuberculizado, si no á morir necesariamente, por lo menos á no curar radicalmente. Y en este caso, el problema que se presenta al médico es más difícil que el que enfrenta á la naturaleza. Ella, en su gran obra evolutiva, parece preocuparse poco ó nada del individuo, considerado aisladamente. Su tendencia dominante, su objetivo último, es el mejoramiento y la conservación de la especie, abandonando inexorablemente á los seres, no bien adaptados aún á ese fin, ó que han sido despojados accidentalmente ó de otro modo de sus armas efectivas de defensa en la tremenda concurrencia vital que sostienen. Esas son las leyes de la selección natural, su técnica conservadora, por así decirlo.

El hombre, por el contrario, se preocupa más del individuo que de la especie. Todo lo indica así. Al constituir familia, desatiende en absoluto las leyes más elementales de selección, las que tanto raspeta tratándose de los animales que le rodean, de los que vive, con los que trabaja y se divierte. Impulsado por un sentimiento altruísta en apariencia, egoísta en el fondo, obedece sin vacilaciones á una selección sexual defectuosa, que le coloca en condiciones de procreación defectuosas para su prole. Cuidemos de nuestros degenerados, inválidos, incurables, etc., y el médico, poder ejecutivo de esos sentimientos personales y colectivos, trata siempre de curar, por muy mutilado que haya de surgir el sujeto del rescate, por muy inútil que haya de ser para sí mismo y perjudicial para los demás.

Por otra parte, los factores naturales que sostienen el equilibrio fisiológico estable alcanzan su grado óptimo de eficacia en el hombre que vive en condiciones naturales, y son, por el contrario, mermados, relativamente ineficaces, para el que vive rodeado de los múltiples artificios agotantes de la civilización.

El sistema nervioso, director supremo de todas las funciones, por estar constituído por el más diferenciado de nuestros tejidos, es el más sensible á esas influencias extrañas á la vida natural. La defensa orgánica es en su origen función nerviosa, y por ello los descendientes de comunidades donde el hombre somete incesantemente todas sus posibilidades funcionales á pruebas extraordinarias son los que forman el gran contingente de débiles orgánicos. Así se crea la vulnerabilidad para el bacilo de Koch, el que, entre todos los parásitos, necesita por excelencia de un *substratum* orgánico *humano* en miseria, nada más que relativa, para sustraer elementos de vida exuberante.

La tuberculosis pulmonar ulcerosa común es siempre el epílogo de una serie más ó menos larga, individual ó ancestral, de depauperamientos orgánicos. Es el fin de una larga enfermedad y nunca el principio. (Pidoux.)

Si, con Milton, nos representamos las enfermedades como las rutas que conducen al hombre al mundo de lo desconocido, la tuberculosis pulmonar ulcerosa sería la vía amplia y segura elegida por la naturaleza para que las legiones de agotados en la lucha por la vida hagan lentamente la jornada final.

En el contacto incesante que sostenemos todos los que vivimos en grandes poblaciones con el virus tisiógeno, sólo pueden sustraerse á su influencia los que por sus antecedentes de familia ó hábitos personales poseen un nivel fisiológico dentro del término medio normal.

La obra del médico, pues, llevándose á cabo entre esos derrotados por defectos profundamente orgánicos de un remoto origen personal ó familiar, se halla erizada de grandes dificultades. Es indudable que en esa obra de rescate, ciega, nuestros triunfos muy á menudo arrojan combustibles á la conflagración que precisamente tratamos de extinguir; pero así es y siempre será así, impulsados como estamos por un sentimiento inalienable del corazón humano de amor incondicional á los nuestros. Ahora bien: en esa obra de salvamento no es el todo levantar á los caídos, heridos de muerte, y destruir el bacilo en la atmósfera infectante que nos rodea.

El problema es más profundo aún. No es tan restringido, si no queremos hacer el papel que nos atribuye el Mefistófeles de Goethe: «Estudiar las cosas por mayor y por menor y dejar que vayan como Dios quiera».

Las estadísticas prusianas mencionadas anteriormente, y también las de Inglaterra, señalan que cuando en ciertas épocas la tuberculosis pulmonar decrece, aumenta la mortalidad por otras afecciones agudas del aparato respiratorio.

Rahts, director general de la estadística sanitaria de Prusia, ha encontrado que tanto en Alemania como en Inglaterra, la reducción de la mortalidad por tuberculosis pulmonar en ciertos años ha sido compensada por un aumento en las otras afecciones agudas del aparato respiratorio. Empezando del año 1875, se nota una disminución progresiva en la tisis, la que se acentúa en el año 1880, aumentando en ese período las defunciones por afecciones no tuberculosas. Las dos curvas, la tuberculosa descendente y la no tuberculosa ascendente, se cruzan en el año 1890. Hasta el año 1892 permaneció la curva no tuberculosa más alta que la tuberculosa; siendo, sin embargo, el resultado definitivo, que la mortalidad total por toda clase de afecciones del aparato respiratorio fué de un promedio de 48,26 por 1.000, y en los últimos años de 1897 á 1901, igual promedio prácticamente, 48,03 por 1.000, á pesar de las oscilaciones descendentes de las defunciones por tuberculosis pulmonar.

Este fenómeno indica en términos inequívocos que el agente infectante tuberculoso, cuando posee todas sus actividades, es el más poderoso en su esfera de concurrencia vital; y que cuando permanece pasivo, porque como todo lo que vive, también los microorganismos tienen sus épocas de esplendor y de decadencia, entonces los depauperados son presa de otros agentes de la flora microbiana, que eligen igualmente el aparato respiratorio para entretener ó completar su evolución.

Si esa alternancia de la lucha bacteriana se confirmase, y sucediese que esos efectos fuesen con frecuencia generales, serían estériles nuestros esfuerzos para reducir la mortalidad de origen pulmonar, mientras nos concretásemos á combatir la tuberculosis por la vía directa de destruir el bacilo. Para que no se limitasen los resultados obtenidos á sólo variar *el modo de morir*, se impondría de un modo absoluto é imperioso la necesidad de modificar *el terreno pulmonar humano*, atendiendo antes que nada á las indicaciones de la higiene en su sentido más elevado, preocupándonos no tan exclusivamente como lo hacemos con la guerra al bacilo.

Tanto la historia natural de la enfermedad como su historia clínica, enseñan que la tisis pulmonar es curable en todos sus períodos; pero en una proporción á favor del período inicial, que casi no admite términos de comparación con los períodos más avanzados, y sin casi tratándose de la influencia terapéutica farmacológica.

A esa curabilidad, probable en los períodos tempranos, contribuye no sólo la limitación de la lesión en cantidad y calidad, sino también y muy poderosamente la duración y el coste del tratamiento, los que son mucho más restringidos entonces, y por consiguiente al alcance de un mayor número de individuos. Después de ese primer período, teniendo en cuenta la dirección y la índole del tratamiento, no titubeamos en afirmar que sólo *los hijos de la fortuna* pueden colocarse *el tiempo necesario* en condiciones de éxito posible. Y pasado ese primer período á que aludimos, cuando los allegados al enfermo, justamente aterrados por la suma gravedad de la situación, enterados de la dirección que hay que imprimirle al tratamiento para tratar de obtener un éxito posible nada más; cuando entonces apelan á todos sus esfuerzos para salvar la víctima, ¡cuántos y qué sacrificios no cuesta ese anhelo, el que por las leyes inexorables de la naturaleza resulta estéril las más de las veces! ¡Y qué estado moral tan desastroso en sus consecuencias no crean en el paciente las crueles privaciones que trae para los suyos esa abnegación!

Siempre hemos visto con dolor los casos de esa categoría que han acudido á nosotros, y ¿por qué no decirlo? en más de veinte años de ejercicio profesional han sido muy contados los éxitos obtenidos en esas situaciones.

Siendo, pues, tan desventajosas las circunstancias que rodean al médico, cuando se trata ya de períodos relativamente avanzados de la infección pulmonar, la posición que hay que tomar cuanto antes es la que nos permita agredir al enemigo en el momento de su mayor debilidad, en los períodos más tempranos de su implantación, cuando no ha abierto aún en los tejidos la brecha que ha de facilitarle su progresión destructora, y cuando las energías en reserva del sujeto vulnerado, el altruísmo celular (Hanssemann), pueden obedecer á tiempo á los estímulos que les imprimimos para despertarlas y levantarlas á un nivel que haga imposible la vida parasitaria en el organismo. Para los parásitos intensos, como el de la tisis, nunca es tan grande la abundancia de energías utilizables que tienen á su disposición, como cuando se mueven ó son agitados por las corrientes del medio interno que han elegido para su reproducción.

A ese fin, á la discusión del DIAGNÓSTICO PRECOZ de la tuberculosis pulmonar, va dirigido este pequeño trabajo, sin otra pretensión que la de hacer un estudio del estado actual de la cuestión á la luz del dominio de la ciencia *sine jurare in verba magistri.*

Basándonos al mismo tiempo en observaciones personales, tratamos de relacionar entre sí ciertos datos de anatomía, de fisiología, de clínica y de patología, cuya interdependencia no ha sido vista ó indicada en algunos casos.

Atendiendo á que nuestros puntos de vista difieren á veces en no escasa medida de las opiniones más generalmente admitidas, hemos tenido particular cuidado de citar escrupulosamente el origen de la información que refutamos ó que nos sirve de guía. Es tan vasto el asunto de la tuberculosis pulmonar, son tantos los problemas que encierra y tan numerosos los investigadores que se han consagrado á ellos, sobre todo desde tres épocas memorables en su historia, la de Laennec y la de Willemin primero , y después la de Koch, que por esos motivos la bibliografía de cualquier aspecto de la cuestión tiene que ser necesariamente extensa. Si incurrimos en algunas omisiones en este sentido, no ha sido por falta de diligencia por nuestra parte, sino por lo difícil que se hace desde aquí seguir el movimiento científico médico en todos sus detalles, atendiendo á que es actualmente verdaderamente colosal el número de publicaciones de todo género que se suceden incesantemente, inaccesibles, como es fácil de comprender por la iniciativa individual.

Si este modesto trabajo despertase interés en la nueva generación médica, en el estudio de este difícil y complejo problema de clínica sociológica, nuestras filas serán ventajosamente reforzadas en la desigual lucha que sostenemos con una enfermedad cuya tendencia dominante es ani-

quilar al hombre en las difíciles condiciones de vida que le han creado las crecientes y múltiples necesidades de su gran actividad mental.—(De *El Problema de la Tuberculosis*, de la Habana.)

Un caso de esclerodermia difusa, por el socio activo Dr. Jesús González Urueña.—El tipo clínico que me honro en presentar á esta Sociedad no es de los que se ven comúnmente en la práctica; y con la forma que reviste en el caso actual es raro, no sólo en una consulta dermatológica como la de nuestra Facultad, en la que desfilan anualmente algunos centenares de enfermos, sino aun en los grandes centros europeos y americanos, en donde los clientes se cuentan por millares.

Además, el estudio formal de dicha dermatosis es bastante reciente, todavía de actualidad, y se halla rodeado de tanto misterio que apenas á la luz de la hipótesis podemos delinear los contornos de un boceto nosológico incompletamente trazado.

¿Qué mal, en efecto, más extraño que éste, que convierte, sobre todo á las mujeres, á semejanza de la de Lot, en rígidas estatuas, de formas marmóreas y frías como las de un cadáver congelado; mal en el que se ignora si esa coraza con que aprisiona la constituyen las redes vasculares invadidas por la esclerosis, ó las mallas nerviosas alteradas por oscura degeneración trófica?

Pero no es mi ánimo describir, ni mucho menos discutir aquí, la entidad morbosa llamada esclerodermia, sino sólo dejar consignado, por creerlo útil, un hecho que á ella se refiere.

A principios de Mayo del año en curso se presentó en la consulta dermatológica anexa á la Clínica de nuestra Escuela la señorita C. G., originaria del Estado de Hidalgo, de treinta y un años de edad. Entre sus antecedentes hereditarios son dignos de mencionarse las crisis convulsivas, probablemente histéricas, que ha padecido la madre. En lo tocante á los personales, cuentan que nació muy débil, que desde los cuatro meses fué sometida á la lactancia láctea, que tuvo sarampión y *erisipela* vacunal á los dos años, y que á los doce aparecieron amigdalitis de repetición, observándose desde la pubertad frecuentes *jaquecas*. Nunca ha tenido reúmas.

La enfermedad de que adolece comenzó hace cinco años, por enfriamiento de la yema del índice derecho, rigidez del mismo dedo y quebranto general. Cuando bajaba la temperatura exterior, el dedo se ponía *morado*, casi negro en ocasiones. Como á los tres meses, las perturbaciones indicadas, de calorificación, de movilidad y de coloración, se extendieron á los otros dedos de la mano correspondiente, pasando á los ocho meses á la extremidad congénere. Después de dos años, los antebrazos y el pecho fueron invadidos, y hace como uno que el mal se ha mostrado en el cuello, en la cara y en los pies, aunque con caracteres menos acentuados.

Por la inspección estática se advierte que los dedos de las manos tienen aumentada su conicidad, están afilados, con las articulaciones falangeanas abultadas, sobre todo las primeras de los dedos meñiques. Hay tendencia general de la mano á tomar la forma en *garra*. Su piel está lisa, lustrosa, fuerte y desigualmente pigmentada.

Por la inspección dinámica se ve que los movimientos de los dedos son difíciles, é imposibles la flexión y la extensión completas.

Al palpar, los dedos se notan lisos, duros, ebúrneos, con la piel pegada al esqueleto, lo cual impide formar con ella el más ligero pliegue.

En los antebrazos existen alteraciones análogas, pero menos marcadas.

La piel del pecho está como la de los dedos, dándole á la región el aspecto de una estrecha coraza y dibujándose en medio de la hipercromia algunas manchas acromáticas, de forma irregular.

En la cara, cuello y pies, las lesiones apenas se bosquejan.

Resaltan en el cuadro anterior ciertas particularidades que conviene señalar. La *erisipela* y el *artritismo* entre los antecedentes de la paciente, consignados como causas productoras de esclerodermia. La localización de la enfermedad, durante dos años, á los dedos de las manos, constituyendo así al principio una de sus formas circunscritas, la esclerodactilia, que después se hizo difusa. La aparición de trastornos vasculares, traducidos por el cambio frecuente é inmotivado de calor de la piel, la que con facilidad tomaba en los dedos, y toma aún, un tinte azulado, tipo Reynaud, lo que aboga en pro del pretendido parentesco entre la esclerodermia y la asfixia simétrica de las extremidades.

Para cerrar este artículo diré que la dolencia, espontáneamente ó bajo la influencia del tratamiento, parece haberse detenido, desde hace cinco meses, en su marcha invasora.—(De la *Revista Médica*, de Méjico.)

La tuberculosis intestinal primitiva, por el Dr. Torras y Pascual.—La tuberculosis abdominal es la menos grave de todas las tuberculosis viscerales. Ni el cerebro, ni el pulmón, con sus respectivas cubiertas protectoras, soportan la invasión por los bacilos tuberculosos, cual lo hacen las vísceras abdominales y su cubierta común peritoneal. No sólo en las formas agudas, sino también en las crónicas, se confirma esta mayor resistencia de los órganos abdominales, protegidos por el peritoneo. Esta serosa, tan á menudo hostigada por los bacilos de Koch, en distintas épocas de la vida, se defiende tenazmente de sus invasores.

El tubo intestinal es la ancha vía de entrada por donde puede circular libremente, cual otros muchos, el bacilo de Koch, sin dejar huella de su paso, cuando la mucosa intestinal está sana; ó germinando, si la mucosa intestinal lesionada le sirve de medio de cultivo.

Las perturbaciones digestivas, tan frecuentes en la primera infancia, favorecidas por la constante actividad del tubo intestinal, menguan la resistencia á los agentes invasores y dan razón de la frecuencia de la tuberculosis abdominal en la infancia.

En la edad adulta, y en plena vida sexual, la tuberculosis intestinal primitiva es rara, y puede quedar localizada á la mucosa intestinal por un tiempo ilimitado, según he tenido ocasión de observar en dos casos, uno de los cuales, con el diagnóstico confirmado por el examen microscópico de las deposiciones, cuenta más de cuatro años de evolución; y el segundo, año y medio.

La cavidad abdominal en el organismo femenino tiene una mayor receptividad para estos bacilos, debida, por una parte, á la importancia que adquiere dentro de la misma el aparato genital, y por otra á la doble vía de acceso á la cavidad peritoneal que representan las trompas de Falopio y canal útero-vaginal.

La clínica y las autopsias demuestran la rareza de la tuberculosis gástrica y duodenal primitivas, comparadas con las frecuentes localizaciones ileo-cólicas y rectales, sitios donde se reúnen condiciones de lugar y tiempo para facilitar inoculaciones. Pero, á más de éstas, han de existir alteraciones anatómicas que favorezcan la multiplicación del bacilo de Koch en estos segmentos de la mucosa intestinal; tal sucede en la enteritis folicular ulcerosa, en la colitis muco-sanguinolenta, en las colibacilosis, en la disentería, etc., y demás fiebres infecciosas con localización intestinal, las cuales, lesionando la mucosa, abren la puerta á la infección tuberculosa y favorecen la depauperación orgánica.

Constituída ya la enteritis tuberculosa, la diarrea es su manifestación constante, caracterizada por la frecuencia y cortedad de las deposiciones, que llega al colmo cuando las ulceraciones tuberculosas asientan en la S ilíaca, motivando pequeñas hemorragias y tenesmo rectal dolorosísimo.

El número de las deposiciones varía dentro del curso natural del proceso, siendo más frecuentes en el período de germinación tuberculosa, para

disminuir gradualmente en la fase ulcerativa, aunque sean entonces más abundantes y de aspecto variable, llegando al mínimum á medida que progresa el proceso cicatricial de las úlceras.

Este ciclo evolutivo de la tuberculosis intestinal se repite á cada nuevo brote tuberculoso que invade la mucosa, pudiendo en los intermedios las deposiciones ser menos frecuentes y reponerse un tanto el organismo.

Las deposiciones varían de aspecto en los distintos estados de la evolución tuberculosa, siendo al principio de los ataques líquidas, serosas, á veces muy biliosas, con sensación de ardor y tenesmo en el ano. Luego, al compás que los tubérculos se reblandecen y ulceran, son más escasos, menos premiosos, asemejando pequeños esputos rodeados de moco y con alguna estría sanguinolenta. Más tarde, mientras no se inicia el período de reparación de las ulceraciones, las deposiciones, aunque cortas, son más densas y homogéneas. Accidentalmente, según sea el estado de la evolución tuberculosa, favorecida ó no por transgresiones dietéticas ó bromatológicas, pueden presentarse cámaras que asemejan las del período agudo de la disentería.

Los períodos de remisión se anuncian por la carencia de deposiciones durante el reposo nocturno, volviendo á ser más ó menos frecuentes al abandonar el lecho y después de las comidas, con todo y ser reglamentadas.

El dolor es, después de la diarrea, el síntoma más constante de la enteritis tuberculosa; pues si bien se citan casos de autopsias cuyos intestinos ofrecían ulceraciones tuberculosas que no habían despertado dolor, ni aun diarrea, éstos son de tuberculosis intestinales secundarias en individuos ya caquécticos y anhematósicos, con sensibilidad visceral perturbada.

En la tuberculosis intestinal primitiva los enfermos distinguen las recrudescencias de su afecto por el carácter del dolor intestinal. Agudo, terebrante, en el período de formación tuberculosa revela la reacción peritoneal que ha despertado en el sitio donde se fragua aquélla. La exagerada sensibilidad de la pared abdominal, *loco dolenti*, el espasmo muscular y la parálisis intestinal manifestada por el meteorismo localizado, confirman la sólida solicitud con que la serosa peritoneal acude á prevenir, en cuanto sus medios de defensa se lo permiten, cualquier atentado contra la integridad de las vísceras á su protección confiadas.

Transcurrido el período de ascenso del brote tuberculoso, el meteorismo decrece, el dolor pierde su agudeza, avivado solamente por las contracciones intestinales, que solicitan, con sobrada frecuencia, una nueva deposición. La exploración del abdomen confirma lo dicho y permite reconocer á la palpación suave tumoraciones renitentes en la región ileo-cecal ó de la S ilíaca, formadas por asas intestinales englobadas en exudado y edema peritoneal, que más tarde, y pasada la fase aguda del proceso, se reabsorben y desaparecen, quedando el abdomen blando, y tan flácido á veces, que permite reconocer grupos ganglionares infiltrados.

Estas tuberculosis intestinales primitivas no despiertan generalmente grandes reacciones generales; son formas subagudas, con elevaciones térmicas fugaces en los períodos de agudez, acusando entonces el pulso mayor frecuencia é hipertensión. La escasa ó nula reabsorción de productos tóxicos, por encontrar vía libre en el conducto intestinal; la integridad del estómago, el regular funcionalismo de las partes altas del intestino delgado, junto con ciertas condiciones del medio social, permiten á estos tuberculosos intestinales sobrellevar su enfermedad durante años.

La curación definitiva de estos enfermos es una esperanza que puede tenerse en tanto que las lesiones están localizadas á la mucosa intestinal; pero cuando á la palpación pueden apreciarse ganglios abdominales, la esperanza es muy remota, y el temor de ver aparecer localizaciones tuberculosas en otras vísceras, muy fundado.

El curso ulterior de estas tuberculosis intestinales primitivas es variable y relacionado con el estado anatómico del intestino. Las sucesivas ulceraciones tuberculosas que invaden la mucosa intestinal van seguidas

de procesos cicatriciales causantes de serios trastornos. La inhabilitación de las funciones secretoras y absorbentes de varias porciones de la mucosa intestinal disminuyen poco á poco la nutrición del individuo, llevándole finalmente á la autofagia y á la inedia.

Las cicatrices post-ulcerosas pueden motivar estrecheces intestinales progresivas, ó fenómenos agudos de oclusión intestinal; y las ulceraciones, por sí solas, pueden ser causa de hemorragias y perforaciones. Con todo, muchas veces admira el considerar cómo llenan sus funciones asas intestinales unidas entre sí por exudados organizados, efecto de flogosis peritoneales anteriores, las cuales, si bien sufrieron en un principio los efectos paralíticos de la peritonitis fraguada á su entorno, recobran luego la motilidad que les es indispensable.

Estas repetidas peritonitis localizadas alrededor de los focos de tuberculosis intestinal, explican cómo en el transcurso del tiempo la palpación abdominal revela en estos enfermos una retracción y desigual empastamiento de la masa intestinal. Estas sínfisis intestinales favorecen la formación de fístulas intestinales bimucosas, que en algunos raros casos de oclusión intestinal han podido dar lugar á una auto-entero-anastomosis paliativa; pero en otros, llevada ésta á cabo ciegamente por la naturaleza, ha precipitado el desenlace al establecer una comunicación directa entre el intestino delgado y el colon, anulando una porción de tubo intestinal indispensable á la vida.

El tratamiento de la tuberculosis intestinal primitiva debiera ser, ante todo, causal, protegiendo la mucosa intestinal de la invasión de los bacilos de Koch, ó bien inmunizando el individuo contra el contagio.

La primera indicación causal se cumple no descuidando el tratamiento de todos los afectos intestinales que alteran la integridad de la mucosa, y teniendo especial cuidado con todos los *ingesta* que puedan ser vehículos del bacilo de Koch. Respecto á la segunda, parece no ha de estar lejano el día en que, puestos de acuerdo unicistas y dualistas, se logre poseer una tuberculina definida, que confiera la inmunidad sin exponer los enfermos á los trastornos á veces consiguientes á las tentativas de seroterapia antituberculosa.

Mientras se halla la manera clínica de cumplir esta indicación patogénica, hemos de tratar estos enfermos con los medios dietéticos y farmacológicos clásicos, que, si bien pocas veces alcanzan la curación deseada, ayudan mucho á evitar una pronta ruina del organismo.

Aunque á primera vista pudiera parecer lo contrario, estos enfermos viven mejor durante el verano que en el invierno. Cuanto más activa es la circulación periférica, y menos impresiones vaso-constrictoras recibe el tegumento cutáneo, mayor calma se observa en el peristaltismo intestinal.

El vestido interior de lana, la temperatura de la habitación sostenida á 18° ó 20° centígrados, las frotaciones cutáneas matutinas con líquidos estimulantes aromáticos, activan la circulación y facilitan la transpiración cutánea, muy conveniente á estos enfermos.

La alimentación líquida en los períodos agudos, y semisólida en los demás, requiere especial cuidado, pues cualquiera transgresión ó digestión perturbada es causa de recaídas. El régimen de leche, caldo y huevos, metódicamente alternados, deberá á veces sostenerse durante semanas. Los extractos de carne, gelatinas y purés se emplearán luego ó alternarán con los dichos antes. Las ostras, la carne magra, triturada ó prensada, la de aves y pescados blancos, se usarán en los períodos de calma, procurando que la insalivación sea favorecida por la forma en que ingieran. Las salsas y condimentos excitantes deben prohibirse. Los feculentos, tal como acostumbramos á tomarlos, y las verduras aliñadas ó cocidas, deben también suprimirse. Lo propio debemos decir de las frutas, conservas, quesos y demás postres, exceptuando las galletas. Los enfermos deben habituarse á no beber, porque siendo su alimentación preferentemente líquida, ingieren el suficiente para las necesidades orgáni-

cas. Los vinos generosos ó espumosos, las sidras, cervezas y gaseosas, etc., deben olvidarse. Sólo un vino tinto de escasa graduación, y las aguas bicarbonatadas cálcicas, pueden alguna vez permitirse.

La terapéutica farmacológica puede aminorar bastante los dos síntomas más molestos de la enteritis tuberculosa: la diarrea y el dolor. En los períodos agudos el lecho es de rigor, á fin de que rodee al enfermo una temperatura constante y la piel transpire suavemente.

Cuando el vientre está muy sensible, con meteorismo y dolores pungitivos ó de barrena, los fomentos calientes cubiertos de tela impermeable, las cataplasmas, precedidas de unturas con pomada de guayacol al 3 por 30, alivian considerablemente el dolor; á veces surten efecto más analgésico las cataplasmas ligeras espolvoreadas con mostaza, que producen en el abdomen un eritema pasajero.

Entre todos los astringentes intestinales antiguos y modernos, todavía las sales de bismuto son las que dan resultados más constantes. Asociados con los opiados ó sus alcaloides, calman los dolores y la frecuencia de las deposiciones.

La ratania, el tanígeno, la tanalbina, con la heroína y la dionina, cumplen las mismas indicaciones y permiten variar el formulario.

Cuando las deposiciones son biliosas y causan tenesmo rectal, el uso del salicilato de sosa, del salol ó del betol, en dosis pequeñas y sostenidas, disminuyen la hipercolia y limpian las vías biliares y el tubo intestinal.

Las lesiones ulcerosas que radican en el recto y en la S ilíaca causan también tenesmo, que se alivia con los enemas albuminosos opiados ó bismuto en suspensión. Pasado el período agudo, los de nitrato de plata ó de protargol favorecen la cicatrización.

La ingestión de dosis macizas de talco para cohibir la diarrea—100 á 200 gramos diarios—no las usamos por temor de favorecer la formación de los cálculos y obstrucciones intestinales.

Durante las fases de regresión del proceso tuberculoso, pueden emplearse medicaciones que favorezcan esta natural tendencia, como son: el nitrato de plata, en píldoras; el azul de metileno, en píldoras kerantinizadas; el ácido láctico, etc., sin olvidar que á veces resulta mejor dejar á los enfermos libres de toda medicación.—(De la *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona.*)

Sobre diversas intervenciones en las distocias por estrechez pélvica, por el Dr. J. M. Campá.—El fin de la sinfisiotomía, como el de la aplicación del fórceps y el de la embriotomía, es facilitar el parto, tendiendo á conseguirlo el fórceps mediante un aumento de fuerza: la embriotomía, mediante la reducción de la masa que ha de atravesar el estrecho superior; y la sinfisiotomía, ampliando el mismo estrecho: todas tienden, pues, al mismo fin por medios distintos; á ellas pueden agregarse el parto prematuro y la operación cesárea, si bien esta última no se propone, en realidad, facilitar el parto, sino suprimirlo, sustituyéndolo por una extracción completamente artificial y quirúrgica.

La indicación general de esas intervenciones es la estrechez pélvica, y pueden establecerse tres grupos correspondientes á tres grados progresivos de estrechez. Las estrecheces muy ligeras, aquellas en que más que verdadera angostura lo que existe es una pequeña desproporción entre el volumen de la presentación y el diámetro correspondiente del estrecho superior; en tales casos, el fórceps, ayudando á las contracciones expulsivas del útero, podrá vencer el obstáculo y terminar felizmente el parto; en cuanto la desproporción ó la estrechez se acentúan algo, el fórceps ó es impotente ó causa perjuicios, sobre todo al feto. A este segundo grado de estrechez ó desproporción media corresponde el segundo grupo de intervenciones, que comprende la sinfisiotomía y el parto prematuro provocado. En un grado extremo de estrechez, sólo son posibles la operación

cesárea y la embriotomía, ó mejor dicho, fetotomía, con sus congéneres la craniocláslia, la cefalotripsia, etc., que constituyen el tercer grupo.

La base segura para las respectivas indicaciones ha de ser la determinación exacta de la estrechez absoluta y relativa, mediante la mensuración del estrecho superior y de la cabeza del feto. En cuanto á la pelvis, el diámetro que debe medirse es el ántero-posterior, pues es raro que el transversal y los oblicuos sean insuficientes, siendo suficiente el primero; y en sentido ántero-posterior se han de medir el promonto-púbico mínimo, que no siempre será el subpúbico, ya que existen notables variaciones según la mayor ó menor oblicuidad de la sínfisis, y también el mi-sacro-púbico, pues también un sacro aplanado podría hacer estrecha una excavación. Para que haya estrechez absoluta ha de medir el diámetro promonto-púbico mínimo menos de 95 milímetros, y no más el de la excavación. Con diámetros mayores la estrechez sólo podrá ser relativa, es decir, dependerá de la cabeza del feto, supuesto éste á término. Es, pues, necesario medir también la cabeza del feto, y de ella los diámetros que hayan de ponerse en relación con los menores de la pelvis (que son los antes citados), y esos diámetros son el témporo-parietal y el biparietal. En la obstetricia clásica se explicaba que la cabeza se encajaba en el estrecho superior, correspondiendo el diámetro biparietal del feto al promonto-púbico de la pelvis, lo que se llama sinclitismo, y que si fuera cierto daría una proporción enorme de estrecheces relativas; esto hizo comprender que el encajamiento no podía hacerse así, sino que debía pasar primero una protuberancia parietal, poniéndose en relación con el diámetro promonto-púbico de la pelvis el diámetro témporo-parietal del feto; y esto es la doctrina del asinclitismo, emitida por Nœgele, quien explicaba que pasa primero la protuberancia parietal anterior, la que corresponde al pubis; pero tampoco esto era bastante real, y Farabeuf demostró experimentalmente, y Varnier comprobó en la práctica, que pasa primero la protuberancia parietal posterior, la que corresponde al promontorio, basculando luego la cabeza hacia atrás para que pase por el estrecho la protuberancia parietal anterior. De ello resulta que el diámetro promonto-púbico mínimo ha de estar en proporción ó ser sensiblemente igual al témporo-parietal del feto, y que el mi-sacro-púbico se ha de acomodar con el biparietal.

Se han de medir, pues, esos cuatro diámetros, dos pelvianos y dos fetales, para precisar las indicaciones; pero esto, que en teoría parece muy fácil, prácticamente no lo es tanto, pues si bien se puede medir con bastante precisión los diámetros pelvianos, sobre todo con los procedimientos de Farabeuf, esta precisión no se consigue para los diámetros fetales, ni aun con los procedimientos de este insigne anatómico, principalmente por lo difícil, y en ocasiones imposible, de su aplicación, estando la cabeza encima del estrecho superior, como acontece en las estrecheces pélvicas acentuadas. Pero claro está que no se han de pedir imposibles; y si los medios actualmente disponibles no permiten una medición precisa, no hay más remedio que fundar las indicaciones en la medición aproximada, y no cabe duda que un criterio sensato y una experiencia inteligente pueden suplir á esa precisión no lograda é inducir á intervenciones acertadas.

Desde luego, si la desproporción apreciable es mínima, si el diámetro útil tiene 10 centímetros ó poco menos, podrá el parto terminar espontáneamente ó con ayuda del fórceps. Si la desproporción entre los diámetros de la cabeza fetal y los de la pelvis es mayor, ó si el diámetro útil de ésta (promonto-púbico mínimo) es menor de 9 centímetros, serán necesarias otras intervenciones que, ó bien disminuyan los diámetros fetales, ó aumenten los diámetros de la pelvis; estas intervenciones son, para estrecheces de grado medio, el parto prematuro artificial y la sinfisiotomía.

Aunque el parto prematuro, por presentarse con cierta frecuencia accidentalmente, ha sido conocido en todos tiempos, y aunque varias veces se había hecho la observación de que de este modo habían parido hijos vivos y viables mujeres que tenían una estrechez pélvica, y anteriormente

no habían podido, á término, dar á luz hijos vivos, lo cierto es que el parto prematuro artificial no ha entrado en la práctica hasta una fecha relativamente cercana: en Inglaterra, á mediados del siglo XVIII, con Macaulay y Kelly; en Alemania, á principios del siglo XIX, con Mai, Wenzel y Reizinger; y algo más tarde en Francia, con Stolz, Dubois y Velpeau. Se presenta en este asunto una cuestión previa, cuestión de conciencia: la de si es lícito interrumpir el curso del embarazo; cuestión que nos parece muy claramente resuelta: es lícita esta interrupción siempre que se haga de forma y en época que no atente contra la vida del feto. Aunque teórica y legalmente el feto es viable á los seis meses, y hasta se ha conseguido, con grandes cuidados, hacer vivir fetos nacidos á esa edad, la viabilidad práctica no se observa hasta los siete meses cumplidos, es decir, en el curso del octavo mes; no debe, pues, provocarse el parto antes de esta fecha.

Resuelta esta cuestión, hay que determinar la longitud del diámetro biparietal del feto en los últimos meses del embarazo, y aquí empiezan las dificultades: es clásico admitir que dicho diámetro corresponde en centímetros al número ordinal de dichos últimos meses: concedido, aunque parece demasiado bonita esa coincidencia; y entonces bastará, con arreglo á las consideraciones que antes hemos hecho acerca de la estrechez, provocar el parto en el mes correspondiente al grado de estrechez medido en centímetros del diámetro promonto-púbico mínimo. Pero aquí surge otra dificultad, y es la determinación exacta de la fecha del embarazo, que si en los casos normales tiene pequeña importancia, la tiene muy grande cuando existe la estrechez; no nos detendremos en exponer las dificultades de esa determinación, pues son harto conocidas de todos los médicos. Otra dificultad, que ya antes en general hemos hecho notar, estriba en la medición de la cabeza del feto, y aquí también los datos pueden ser solamente aproximados. Pinard, en las presentaciones cefálicas, reproduce y preconiza el consejo de Muller de no tratar de medir la cabeza, sino que se procure apreciar, por medio de la palpación abdominal, si la cabeza, apoyada sobre el promontorio, sobresale del borde del estrecho superior, y si poco ó mucho, y tomar este dato como guía. En resumen, el parto prematuro artificial sólo estará indicado, como intervención legítima, en aquellas pelvis cuyo diámetro útil no mida menos de 7 centímetros, practicándolo después de cumplidos los siete meses de embarazo, previa la apreciación más aproximada posible de la fecha de éste, del grado de la estrechez y del volumen de la cabeza fetal; con esto y con ejecutar la intervención según las reglas bien formuladas de la obstetricia moderna, se podrán obtener resultados muy satisfactorios.

La idea de terminar el parto, en los casos de estrechez pélvica, ensanchando el paso, es muy antigua; pero la sinfisiotomía, como operación practicada con este fin, es relativamente moderna. Dejando aparte las operaciones practicadas por De la Courvée en 1655, y por Plenck en 1766 en dos mujeres muertas, fué Sigault, en 1768, quien, siendo todavía estudiante de medicina, dirigió á la Academia de Cirugía una Memoria estudiando esta operación y proponiendo su práctica en la mujer viva. A pesar de haber sido su trabajo muy mal acogido, Sigault practicó la sinfisiotomía en 1777, y el feliz éxito que obtuvo hizo cambiar en su favor la opinión médica; pero este triunfo fué pasajero, y muy pronto quedó esta intervención generalmente abandonada. No obstante, en Italia no ocurrió así, y la escuela napolitana se conservó fiel á la sinfisiotomía; tanto que, indudablemente, á ella se debe el renacimiento de esta operación en la época actual; siendo, sobre todo, Morisani quien, entre otros, ha trabajado sin tregua para su rehabilitación. Las comunicaciones de Morisani al Congreso de Londres en 1881, y al de Roma en 1886, y sobre todo las demostraciones de Spinelli, ayudante de Morisani, convencieron al profesor Pinard, quien después de haber estudiado experimentalmente la cuestión con el valioso concurso de Farabeuf, se erigió en apóstol de la sinfisiotomía en Francia; y desde 1892, en la Clínica Baudelocque, de París, Pinard

y sus ayudantes la practican como intervención corriente en los casos en que está indicada. La sinfisiotomía ocupa, pues, actualmente un lugar en la cirugía obstétrica, si bien siguen siendo discutidos sus inconvenientes y sus ventajas.

Es indisputable, después de las magníficas demostraciones experimentales de Farabeuf, que mediante la sección de la sínfisis púbica se puede obtener una notable ampliación del estrecho superior sin rebasar los límites prudentes de separación de los pubis; no es cierto, como se había dicho, que el máximum de ampliación del diámetro promonto-púbico mínimo no pase de 12 á 14 milímetros; esto sería así midiendo la distancia del sacro á una recta que uniera los dos pubis separados; pero el espacio que deja esta separación es prácticamente útil y puede albergar un segmento de la cabeza del feto; el diámetro útil será, pues, en realidad, el de una circunferencia tangente al sacro y á los dos extremos de los pubis separados; este diámetro ántero-posterior es bastante más largo que el medido, como antes hemos dicho, con la circunstancia de que el aumento no es uniforme con relación á la separación de los pubis, sino progresivo, de manera que siendo insignificante con pequeñas separaciones, llega á 20 y 30 milímetros con separaciones de 6 y 7 centímetros, límite prudente del que no se debe pasar. Dentro de estos límites, la disyunción indispensable de las articulaciones sacro-ilíacas se obtiene sin rotura de los ligamentos anteriores, únicos que son distendidos, y que lo que hacen es despegarse del hueso en una corta extensión. La operación es, pues, materialmente posible y utilizable. No dejan de ser inconvenientes de monta la distensión que sufren los tejidos blandos de la parte anterior de la pelvis, la comisura vulvo-vaginal anterior, la uretra y la vejiga, la compresión de las mismas contra las aristas vivas de la sínfisis seccionada, todo lo cual puede ocasionar roturas y secciones, las hemorragias procedentes de esas lesiones ó de la operación misma, y hasta parece que no siempre se ha conseguido una perfecta reunión de la sínfisis después de la operación. Todo ello hay que tenerlo muy en cuenta; y no hablamos de los riesgos de infección, porque contra ellos hay que estar siempre prevenidos en toda clase de intervenciones; no obstante, como en la práctica de la sinfisiotomía se remedian estos inconvenientes, no lo hay para utilizarla en los casos en que se halle indicada.

Las bases de las indicaciones están, por una parte, en la ampliación que se puede obtener mediante la sinfisiotomía, y por otra en el grado de la estrechez; es decir, es necesario que, dada una estrechez, con la operación se pueda obtener un diámetro útil, por lo menos de 9,5 centímetros, teniendo en cuenta las dimensiones aproximadas de la cabeza fetal. Según esto, como ya hemos dicho que la ampliación máxima que da la operación es de unos 30 centímetros, deduciremos que la sinfisiotomía será aplicable y estará indicada en las estrecheces de 9,5 á 6,5 centímetros, supuesta una cabeza fetal de dimensiones no exageradas y una estrechez pélvica de forma regular. No extremando las indicaciones, la sinfisiotomía da resultados bastantes satisfactorios, tanto para la madre como para el feto: las estadísticas conocidas dan una mortalidad para la madre de 8 á 11 por 100, y para el feto de 10 á 20 por 100.

Cuando la estrechez pélvica es todavía más acentuada, las intervenciones hasta ahora relatadas son insuficientes, no pueden dar el resultado apetecido, y no quedan más recursos que mutilar el feto ó efectuar el parto por una vía artificial mediante una laparotomía. Lo primero constituye la embriotomía, ó mejor fetotomía, con sus variantes; lo segundo, la operación cesárea.

Muy poca cosa diremos de la fetotomía: consiste en reducir el volumen del feto, especialmente de su cabeza, magullándola, vaciándola ó seccionándola, y á veces también despedazando el cuerpo; para todo ello se han ideado procedimientos varios é instrumentos especiales, designándose aquéllos por éstos, con los nombres de embriotomía, craniotomía, craniocláslia, cefalotripsia, basotripsia, y no sabemos si otros más. Con esta ope-

ración es evidente que se pierde siempre el feto, por lo cual es ilícita cuando el feto está vivo; y en cuanto á la madre, la mortalidad realmente es pequeña, practicada la intervención en buenas condiciones; pero esta ventaja no compensa en modo alguno la muerte inevitable del feto. Estará, pues, indicada la embriotomía, solamente en las estrecheces pélvicas de menos de 6 centímetros, *estando ya el feto muerto.*

En esas mismas estrecheces, cuando el feto está vivo, y en las estrecheces extremas, aun cuando está muerto, la intervención indicada es la operación cesárea. Es bien sabido que esta operación se conoce desde la antigüedad más remota, y hasta es vulgar la noticia de que el primer César vino al mundo por este medio; lo que no está bien averiguado es si él dió su nombre á la operación, ó la operación á él. Pero hasta el siglo XVI sólo se practicó esta operación en la mujer muerta, para salvar al hijo, en cuyo concepto era obligatoria su práctica. Desde esa época hasta nuestros días, la operación cesárea en la mujer viva se ha practicado siempre con más ó menos frecuencia en épocas alternativas de favor y de descrédito, pues tuvo en tiempos pasados defensores como F. Roussel y detractores tan calificados como Mauriceau. No es de extrañar que fuese entonces poco estable el crédito de esta intervención, pues desconociéndose la antisepsia, y rechazada, cuando se propuso, la sutura del útero por Levret, Smellie, Baudelocque, los resultados obtenidos eran muy desfavorables; tanto que, en 1866, Guéniot registraba una mortalidad media para la madre de 60 por 100. En 1876 empezó Porro á practicar la amputación útero-ovárica, como complemento de la intervención; y aunque entonces ya se tenían en cuenta las reglas de la antisepsia, no mejoró mucho el pronóstico. Pero cuando Kehrer, en Heidelberg, y Sænger, en Leipzig, perfeccionaron la sutura uterina, y cuando posteriormente se ha perfeccionado la técnica de la laparotomía en general, los resultados de la intervención han mejorado tanto, que no sólo se ha rehabilitado por completo pasando á ocupar un lugar preferente en la terapéutica obstétrica, sino que ha reducido mucho las indicaciones de la operación de Porro. Véase lo que dicen las estadísticas: después de la que hemos citado de Guéniot en 1866, encontramos la de Caruso, en 1889, con 25 por 100 de mortalidad materna, y 8 por 100 de mortalidad infantil; en 1895, la mortalidad materna había descendido á 16 por 100 (Demelin); por último, de un conjunto de estadísticas parciales, que comprenden 346 casos, hasta 1900, Budin y Maygrier deducen una mortalidad materna de 6,6 por 100, y una mortalidad infantil aproximada de 5,7 por 100. La mejora del pronóstico se ha extendido también á la operación de Porro, que en los últimos años, según una estadística de Braun, da una mortalidad de 9,90 por 100. Es, pues, la operación cesárea, en la actualidad, una de las intervenciones más favorables, y en las estrecheces, en que está indicada, es sin disputa la preferible.

Vamos ahora, para terminar, á hacer una síntesis de lo dicho, tratando de aquilatar las diversas intervenciones cuya indicación surge como ineludible en las distocias por estrechez pélvica. Desde luego se comprende que, dada la causa de la distocia, el grado de estrechez ha de ser el principal indicante de la intervención en cada caso; y así este grado progresivo es el que nos ha servido para ordenar la revista que hemos hecho de las diversas intervenciones, y es también el que ha de servir de base en la práctica. Pero esto no basta: á un mismo grado de estrechez corresponde más de una intervención, y aunque no entre grados muy distantes, entre grados próximos son aplicables, en ciertos casos, las intervenciones asignadas á uno y á otro. Tratemos, pues, de discernir algo más estas indicaciones, buscando nuevos indicantes.

En todos los grados de estrechez pueden presentarse dos casos: que el feto esté muerto ó que el feto esté vivo. En uno y otro las indicaciones son las mismas, pero en el primero resultan algo simplificadas; pues el no tener que pensar en conservar una vida que ya no existe reduce mucho las responsabilidades. Así, pues, cuando el feto está muerto, con estrecheces de 11 á 9,5 centímetros, puede hacerse la extracción por medio del

fórceps ó de la versión, siendo ésta preferible en las presentaciones de cara mento-posteriores y en las de tronco, en cuyos casos lo mejor es practicar la versión podálica; en las presentaciones de vértice, en general, será preferible el fórceps, pues aunque este instrumento, aplicado en el estrecho superior, dista mucho de ser inofensivo, aquí esto no es inconveniente, dada la muerte previa del feto. En esos mismos grados de estrechez puede ocurrir que el volumen de la cabeza fetal sea muy grande, y entonces será aplicable la basiotripsia, ó también la sinfisiotomía, aunque es preferible la primera por ocasionar mucho menos riesgo para la madre. Con estrecheces más acentuadas, las intervenciones indicadas son la basiotripsia, la sinfisiotomía, sola ó combinada con la basiotripsia, y la operación cesárea; también aquí resulta preferible la basiotripsia, por la misma razón del menor riesgo corrido por la madre; pero con estrecheces extremas de 5 y de 4 centímetros, ni aun la basiotripsia es suficiente; y entonces puede escogerse entre hacer la basiotripsia después de la sinfisiotomía, ó practicar la operación cesárea: en buena práctica médica, esta última debe ser preferida, por ser mejores sus resultados, tanto inmediatos como definitivos; pero en muchos casos habrá que atender á otras circunstancias, como es, por ejemplo, la resistencia de la paciente á la operación, por el miedo que todavía inspiran todas las laparotomías; además, quizás en algún caso resulte más aventurado practicar la operación cesárea, porque, si bien en toda operación es necesaria la asepsia y la técnica perfecta, en ninguna es tan esencial como en las laparotomías. En las estrecheces extremas, por bajo de 3,5 centímetros, sólo es posible la operación cesárea; el feto ni aun despedazado podría salir por las vías naturales.

Cuando el feto está vivo hay que tener en cuenta este factor importantísimo: la vida del feto se ha de defender á toda costa, y por lo tanto debe proscribirse toda clase de embriotomía, así como el aborto provocado. No es este criterio unánime entre los tocólogos; pero nosotros, al adoptarlo por convicción, seguimos á muchos de ellos, y muy autorizados.

Descartadas estas intervenciones, quedan el fórceps y la versión para las estrecheces muy poco acentuadas, con las mismas indicaciones que hemos apuntado para el caso de estar el feto muerto; el parto prematuro artificial, la sinfisiotomía y la operación cesárea, para estrecheces más acentuadas. El parto prematuro artificial tiene bastante reducidos sus límites por la viabilidad del feto, pues debiendo practicarse dentro del séptimo mes lo más pronto, sólo podrá aplicarse con estrecheces de 9, 8 y 7 centímetros, y aun á éstas con éxito algo dudoso. En estos casos habrá que elegir entre dicha intervención y la sinfisiotomía, sirviendo de base, por una parte, la opinión de la paciente, que quizá se resista á una operación, y por otra el grado de la estrechez, pues si no es inferior á 8 centímetros se puede provocar el parto á los ocho meses ó en el curso del noveno, y entonces el éxito será casi siempre favorable. Casi es inútil decir que si el médico es llamado cuando ya el enfermo ha llegado á su término, no cabe vacilación.

Nos quedan, pues, la sinfisiotomía y la operación cesárea. Ocurre con la sinfisiotomía una cosa especial: recordando su historia, se ve que en su origen despertó gran entusiasmo, aunque de poca duración; pasó luego largo tiempo, en que estuvo casi abandonada, y ya en nuestros días ha renacido; siendo, aunque aceptada generalmente, muy discutida en cuanto á su eficacia y resultados. Y ha ocurrido lo que con otras operaciones: que sus defensores entusiastas obtienen resultados brillantes, mientras sus detractores y los desconfiados los obtienen muy mediocres. Ello es debido á que los primeros amplían sus indicaciones por el lado favorable y las restringen por el contrario, mientras que los segundos limitan las indicaciones primeras é insisten en las segundas; es decir, los partidarios de la sinfisiotomía la practican en casos y con grados de estrechez en que los adversarios no lo hacen por creer posibles y preferibles otras intervenciones más sencillas; y en cambio, con estrecheces ya muy acentua-

das, en que realmente los resultados no son muy favorables, los primeros evitan lo posible esta intervención y los segundos insisten en ella; y como todo va á las estadísticas, éstas reflejan siempre las opiniones de los que las formaron. Esto quizá no será así en absoluto, pero todo el que haya estudiado algún punto de práctica médica muy discutido reconocerá con nosotros que es muy cierto.

Juzgando sin apasionamiento, creemos que realmente la sinfisiotomía es una operación practicable, en muchos casos con buen éxito, en parturientes no castigadas por tentativas infructuosas de otras intervenciones ó siquiera agotadas por un trabajo de muy larga duración; tales condiciones serían desfavorables para el buen éxito final, así como éste será tanto más difícil cuanto más acentuada sea la estrechez, por resultar más fáciles las lesiones de los tejidos blandos y las hemorragias, que son inconvenientes de mucha monta, tanto por la lesión en sí misma como por lo que ella acrece el peligro de infección.

En los grados más acentuados de estrechez, previo el consentimiento de la parturiente, debe practicarse la operación cesárea, que en los casos en que sólo la estrechez deba tenerse en cuenta podrá ser conservadora, es decir, sin amputación útero-ovárica. Esta intervención, como antes apuntamos, da en la actualidad resultados excelentes, y no tiene más inconvenientes que la repugnancia que por la abertura del vientre sienten muchas mujeres, y el de mayor importancia de que ésta intervención sólo puede y debe practicarla un cirujano muy bien pertrechado de material y muy avezado á las laparotomías.—(De la *Revista de Ciencias Médicas de Barcelona.*)

BIBLIOGRAFÍA

POR LUIS MARCO

Simulación de la locura, ante la Sociología Criminal y la Ciencia Psiquiátrica, precedida por un estudio sobre la simulación en la lucha por la vida en el orden biológico y social, por el Dr. José Ingegnieros.—Un tomo de 500 páginas en 4.°—Buenos Aires, 1903; *La Semana Médica* editó.—Sin precio.

No es de ahora: es de antes y será siempre. La simulación lo abarca todo; y no sólo es un factor en el problema de la lucha por la existencia individual, sino también para la vida de muchas especies. En la humana, el aspecto es aún de mayor interés social que biológico.

El disimulo de cualidades malas y la simulación de cualidades buenas son las bases tácticas y estratégicas para que los éticamente peores se sobrepongan á los mejores mediante falsos prestigios de un individuo, una familia, una oligarquía, un Estado, un Sacerdocio, una colectividad cualquiera que aspire á dominar para su engrandecimiento egoísta á costa de la humanidad ó de un pueblo, valiéndose de la astucia y de la fuerza al servicio de tan villanos y antisociales propósitos.

Todo eso que se ha llamado *grandes mentiras convencionales* constituye el reino de la simulación sugestiva: el fraude para dominar el planeta y á sus moradores, en beneficio de lo peor del género humano. De ahí el que toda historia se escriba *ad usum delphini*, cualesquiera que sean los delfines á quienes se pretenda servir para asociarse en alguna ocasión á sus lucros infames. Por eso son ilegítimas la mayoría de las «glorias nacionales y universales» de todos tiempos (militares, políticas, religiosas). Son prestigios falsos, con que á su vez se prestigian los simuladores individuales y colectivos en la sociedad actual, para provechos propios y con perjuicio ajeno. Simúlanse heroísmo, santidad, sabiduría, justicia, valor, virtud, fuerza; y esas simulaciones crean ó sostienen—con mentiras

astutas, con violencias brutales—aristocracias, oligarquías, imperios, dinastías, despotismos teocráticos ó militares ó económicos; todo ello para dominar y explotar los menos y peores á los más y mejores, convirtiéndolos en un rebaño con amos insaciables, de pantagruélicos apetitos. Para esos simuladores y su casta, el planeta y sus habitantes, las naciones y sus ciudadanos, son una eterna presa.

Quien estudia científicamente la simulación en la lucha por la vida, como el joven y sabio Dr. Ingegnieros, da la clave de la Historia universal. Así estudiada, tal cual es, la simulación (en la que se incluye el disimulo), resulta la primera fuerza social de las personas individuales y colectivas para asegurarse el máximo goce del poder y la riqueza como elementos del óptimo vivir humano.

Quien destruye una *simulación de virtudes* ó un *disimulo de vicios* entre las clases, instituciones y personas directoras de la sociedad ó de una sociedad, presta el servicio moral y social más grande: la policía sanitaria de la República del Bien, la obra humanitaria y educadora por excelencia.

Esa es la causa de que los simuladores por egoísmo suelto ó egoísmos asociados hayan sido y sean siempre rabiosos enemigos de la libertad para todos los hombres. Contra quien los desenmascara, ¡la injuria, la calumnia, las prisiones, los tormentos, las hogueras, los patíbulos, el asesinato, las persecuciones hasta la séptima generación! Moloch, Jagernat y Jehovah los inspiran.

El hermoso libro de Ingegnieros hace amar la verdad y el bien, que son una sola y misma cosa... cuando no son sus homónimas sofisticaciones simuladoras para uso exclusivo de los hombres de presa. *El bien verdadero, la verdad verdadera*, se reconocen en que son para todos los hombres en plena libertad y sin coacción ni coerción política, militar, jurídica, económica ó sacerdotal de nadie.

Si la obra magna que acaba de publicar el insigne escritor bonaerense se hubiera limitado á un capítulo de psiquiatria ó de psicología patológica sobre seres de excepción ó casos excepcionales (locos, criminales vulgares á quienes conviene una declaración judicial de locura), siempre sería interesantísima para las personas peritas en la materia. Pero al considerar la simulación de la locura como un simple caso particular de la simulación en la lucha por la vida, el Dr. Ingegnieros generaliza el asunto y le da una trascendencia social justificativa de estos primeros párrafos de mi análisis bibliográfico.

En resumen: la *simulación sugestiva* es en la sociedad humana el origen del poder, de la fuerza, de la riqueza, para el óptimo disfrute de la vida por parte de los simuladores individuales y colectivos. En la balanza social pesan inmensamente más la simulación que lo simulado, los simuladores que quienes no simulan ó no disimulan. Es la ley del triunfo para el mal moral, único *imperator*, *miles*, *judex* y *sacerdos* en la Historia pasada, presente y futura de la imbécil ó abúlica humanidad-rebaño.

Las 500 nutridas páginas del último libro de Ingegnieros dividense en dos partes: una general, *Simulación en la lucha por la vida* (154 páginas), y otra especial, *Simulación de la locura* (346 páginas). Consta la primera de seis capítulos, donde el autor trata de: simulación y lucha por la vida, la simulación en el mundo biológico, simulaciones colectivas é individuales en la vida social, psicología de los simuladores, simulación de estados patológicos, y evolución de la simulación en la vida social. Y la segunda parte se desarrolla en trece capítulos dedicados á estos asuntos: la simulación de la locura en general, como medio de lucha por la vida; sobresimulación y disimulación de la locura en alienados verdaderos; condiciones jurídicas de la simulación de la locura por los delincuentes; concepto clínico-jurídico de la locura y de la simulación; la psicopatología de los delincuentes, en sus relaciones con la simulación de la locura; formas clínicas de la simulación; caracteres clínicos de las locuras simuladas; caracteres del delito en los alienados y en los simuladores de la lo-

cura; caracteres diferenciales entre la locura verdadera y la simulación de la locura; recursos especiales para descubrir la simulación de la locura; posición médico-legal de la simulación de la locura; profilaxia jurídica de la simulación de la locura; leyes y fases evolutivas de la simulación de la locura. Termina la obra por unas conclusiones sintéticas (en castellano y en francés) respecto á la simulación en la lucha por la vida y la simulación de la locura.

Acerca de la primera parte, el autor analiza magistralmente el asunto en su aspecto biológico é individual. Pero, indudablemente, por la magnitud é importancia de la materia, no ha querido tratar el aspecto sociológico y colectivo; en realidad, él solo merece otro libro. En efecto: Instituciones hay (las más avasalladoras) cuyos fines son el poder y la riqueza, empleando como medios la simulación y el disimulo, la astucia, la hipocresía, la calumnia anónima, la sugestión, la mentira, el fraude y todas las demás formas inmorales y antisociales para dominar en la lucha por la existencia, no meramente por vivir, sino por acaparar el dominio universal y la riqueza de todos. Esas Instituciones son simuladoras, constan de individuos simuladores por excelencia, y tienen como auxiliares inconscientes á los individuos sugeridos de buena fe (engañados por simulación), así como por auxiliares conscientes á *individuos simuladores* que se asocian al negocio de las *Instituciones simuladoras*: los primeros son unos cándidos explotados; los segundos, unos pillastres explotadores. En política, forman las oposiciones extremas, *tradicionalistas* y *radicales*, contratadas por todos los Gobiernos parlamentarios para formar parte de las compañías de farsantes vividores en la comedia de la gobernación de los Estados y de los pueblos.

La simulación colectiva ó de *Instituciones* (políticas, religiosas, jurídicas, económicas, militares, etc.), y su influencia sobre la extensión perniciosa de las simulaciones individuales, constituye un tema de primer orden entre los sugeridos por la lectura de la última obra publicada por el ilustre Dr. Ingegnieros. Tratado con absoluta independencia de criterio y con puros fines científicos, sería un estudio de los más beneficiosos á la humanidad.

La segunda parte del libro que analizo, la referente á la simulación de la locura, es el verdadero meollo de aquél. Desde el momento en que los jurisconsultos, partiendo de bases metafísicas, absurdas y sin realidad (mejor dicho, contrarias á la Naturaleza y á la razón), ponen al frente de sus Códigos penales el principio del libre albedrío absoluto y la responsabilidad ó irresponsabilidad absolutas ó mitigadas, como únicos fundamentos del delito y de la pena; desde el momento en que los jurisconsultos eximen de pena á quien demuestre que una acción antisocial penable es obra de un loco (según el concepto jurídico y no médico de la locura), todo criminal tiene indicado el camino de la simulación de la locura, y todo abogado defensor tiene abierta la vía para imputar la locura á su defendido criminal. El Dr. Ingegnieros demuestra su sensatísima tesis con abundancia de sólidas pruebas; pero no convencerá á magistrados y jueces, á fiscales y acusadores privados: sólo dará recursos á aquellos que todo lo utilizan, ó sea los sofísticos defensores. Los primeros, todos son misoneístas siempre; los segundos, filoneístas y misoneístas, según la conveniencia particular del momento. La verdad es odiada por los teólogos, desconocida por los metafísicos, indiferente á los voceros y sólo amada por los sabios.

Es muy notable lo que acerca de la sobresimulación y disimulación de la locura en los alienados verdaderos expone el concienzudo psiquiatra argentino. Toda su obra merece un comentario más extenso é intensivo del que permiten las pocas páginas de que se puede disponer en esta REVISTA no especializada. Pero no desisto de hacerlo, en ocasión y sitio oportunos, ya que ahora he de limitarme á dar simple noticia bibliográfica de la magistral producción del Dr. Ingegnieros, obra que hace honor á su talento, á su país y á nuestra habla castellana.

Primer Consultorio de niños de pecho, en Madrid, bajo la protección de S. M. la Reina Doña María Cristina, por D. Rafael Ulecia.—Folleto de 50 páginas, con grabados.—Madrid, 1904. Sin precio.

Nuestro querido amigo y compañero el Sr. Ulecia y los señores marqueses de Casa-Torre han hecho un gran bien á las dos mejores porciones de la humanidad: las madres y los niños de teta. La maternología y la puericultura en España deben á dichas ilustres personas lo que más importa y vale: una institución en funciones prácticas.

Complementan su labor bienhechora dando publicidad á lo hecho, para que sirva de estímulo á quienes quieran ayudarles, y de guía á quienes pretendan seguirles en el resto del país.

Esta nota bibliográfica no puede ni debe ser más que un aplauso de corazón á esos esfuerzos nobilísimos en pro de los seres más queridos y más abandonados hasta ahora en su dirección higiénica: la madre y el niño en crianza por la leche. Ahí están los cimientos firmes de la familia y de la nación. Todos tenemos que ayudar á los fundadores del Consultorio infantil madrileño y á cuantos les imiten en el resto de España.

No cejen en su buena obra; entre quienes les acompañan con la más honda simpatía, estamos también nosotros y nuestra REVISTA.

Impresiones de un Congresista, por D. Emilio Fraga.—Folleto de 75 páginas: La Coruña, 1904. Tipografía de F. García Ibarra, calle Real, 66; sin precio.

Representando al Colegio de Médicos de *Cruña* (lo diré en gallego castizo), vino el simpático autor de este *panfleto* (lo diré en galispano) al Congreso internacional de 1903. Con ese motivo tuve el gusto de conocerle y de que nos amistásemos, juntamente con los Dres. Gómez y Corral; traíame expresivas credenciales de D. Manuel Rodríguez, quien trabajó mucho y bien en el Laboratorio del Instituto Rubio. A esa cordialidad de relaciones se debe que el médico-poeta coruñés me dirija algunos piropos al hablar de su visita al Instituto. Eso no es óbice para que, agradeciéndoselos infinito, hable yo ahora cual si no me los hubiera dirigido.

Si los Congresos internacionales ó nacionales no sirviesen para nada más, son útiles para que nos conozcamos y nos estimemos.

Y si además hay congresistas con ganas de coger la pluma y decirnos con sinceridad sus impresiones, entonces... miel sobre hojuelas.

Emilio Fraga, sin pedanterías ni petulancias, ha dado cuenta á sus representados y poderdantes de lo que ocurrió en el Congreso y en Madrid, según los hechos reales y su juicio propio.

Resulta un cronista muy espontáneo, desenvuelto y agradable en grado sumo. Hubiera hecho un periodista de buena raza (no digo de buena *cepa*, como otros, porque ignoro sus aficiones y sé que es dispépsico). Es un gallardo plumífero; y debe escribir más.

No á manera de muestra, por ser de lo más *estirado* que hay en su bello opúsculo, sino por la materia tratada, reproduzco estos párrafos.

«Indudablemente Manolito Rodríguez, al cual cariñosamente saludo, tuvo una feliz idea al darme, con una cartita de recomendación, unas piezas de música gallega para las niñas de D. Luis Marco, administrador y profesor del Instituto Rubio. Merced á esta llave mágica, tuve el placer de saludar al distinguido director de la REVISTA IBERO-AMERICANA DE CIENCIAS MÉDICAS, y de besar á sus encantadoras niñas la trinca coruñesa. Dícese el buen D. Luis gallego por afición y enamorado de nuestro país; procuró demostrarlo acogiéndonos cariñosamente y enseñándonos todo el benéfico Instituto, de la punta á la quilla, como decimos los de puerto de mar.

»Y á fe que la tal visita fué de lo más minuciosa y detallada que imaginarse puede, al menos por parte de Corral, que, sin cuidarse del uniforme nuevo, rebuscó por los rincones, escudriñó cocinas y retretes, examinó

colchones, apreció la factura de las camas, no perdonó los comedores. ni se le olvidó el lavadero, despreciando el cansancio que le produjo la subida de la cuesta y haciendo poco caso de los elogios que yo prodigaba al excelente golpe de vista que desde lo alto del edificio se aprecia, y que es realmente bello, por muy habituados que estemos á la frondosidad de nuestra tierra.

»Claro está que esta visita se repitió el 29 para ver operar al Dr. Silbermann, el cual hizo una resección del codo izquierdo y puso en práctica después su procedimiento de plombaje. Hábil operador se manifestó el distinguido doctor austriaco, dotado hasta de fuerza muscular suficiente para tratar de vencer (como lo intentó) la consolidación viciosa de un codo, en semiflexión el antebrazo correspondiente. No hemos estado ociosos este día viendo *cómo las enfermeras preparaban el material quirúrgico y de curación preciso* en el cuarto de operaciones, cuyas condiciones de luz no alabaré bastante. Aún me parece ver sonreir á Corral, conferenciando con Amigo, que enfrente de nosotros se situaron para ver con más comodidad. Horas tan excelentemente pasadas no se olvidan nunca, y la sensación de envidia lastimosa con que de aquel lugar me aparté no es fácil describirla. ¡Cuándo tendrá mi tierra un edificio así! ¡Cirujanos no habían de faltar! ¡Esta materia prima no es escasa en la patria gallega! El lujo, el confort, el capital, la paciencia y abnegación que tal obra supone, es lo que echo de menos. Cierto es que se transparenta en todas partes la sombra del grande hombre, del venerable D. Federico Rubio, que construyó este Instituto operatorio, el cual perdura merced á las aptitudes especiales de sus discípulos, que siguieron sus huellas cultivando distintas especialidades. He dicho lujo, y no me arrepiento; porque hay detalles propios que revelan no escaseó el dinero para contribuir al éxito de las operaciones que á diario se practican y para el buen cuidado con que son asistidos los pensionistas. Por cierto que, al volver en el tranvía, una mujer se quejaba de no haber sido recibida en la consulta pública, y eso que venía nada menos que de Carabanchel, según expuso. Era gratuito el servicio, y acumuló quejas tan amargas y usó una fraseología tan dura como si realmente lo pagase. La humanidad es siempre igual. Nosotros tuvimos la prudencia de callar, y un vecino de vehículo que se atrevió á hacerle respetuosas observaciones acerca de su aparente razón, fué agriamente contestado.

»Si supiera dibujar, haría aquí un croquis del edificio con todos sus departamentos; pero el dibujo que tracé sobre el terreno ni siquiera lo enseño, porque de seguro me gano un *suspenso* de los más merecidos. Esto de líneas y planos es cosa demasiado abstrusa para mí. Me contento con el esquema cerebral que puedo sintetizar del modo siguiente: Amabilidad y cortesía de D. Luis, exquisitas; edificio bien emplazado, bien construído y bien ventilado, exterior y subterráneamente, por medio de galerías de ventilación; defendidas las salas del viento, ampliamente iluminadas por doble ventana de madera (que cierran bien, cosa no frecuente en mi país, que no sé qué diablos hacen los carpinteros que en cuanto caen cuatro gotas ya no juntan las puertas); lechos cómodos, pavimentos limpios y brillantes como un espejo, si bien un tanto fríos; el servicio de agua para cada cama, ingenioso y cómodo. Los distintos consultorios para la policlínica y especialidades, asépticos y limpios; *las enfermeras, celosas, trabajadoras é inteligentes.* El personal, idóneo y muy amable. Si hay defectos, no los noto. Las bellezas se han sobrepuesto á ellos, y en cuanto yo veo ó me parece ver una cosa bella, renuncio á dejarme convencer. Aspirar la rosa sin deshojarla: es mi divisa.»

VARIEDADES

Nuestro concurso.—Al frente de la sección de *Artículos científicos originales* aparece en este número el trabajo premiado en el concurso correspondiente al mismo. El Dr. Martínez Cerecedo ha elegido un tema de positivo interés práctico y de cierta novedad científica, desarrollándolo en debida forma. Nos complace mucho el poder otorgarle, con justicia, un *premio de doscientas cincuenta pesetas.*

Sirva de modesto estímulo cariñoso, dado por la REVISTA que fundó Don Federico Rubio, á la clase médica española y americana sobre todo, para decidirse á publicar trabajos nuevos y de utilidad científica ó práctica bien reconocida.

Banquete del Profesorado del Instituto Rubio.—El domingo 19 del actual, por primera vez desde el fallecimiento del Fundador, celebróse ese acto de confraternidad con que todos los años se cierra el curso académico. En otro análogo, el del 16 de Junio de 1895, fué cuando se inició por los Profesores discípulos de Don Federico Rubio el propósito y la obra de hacer un Instituto Quirúrgico *Autónomo*, no dependiente por modo directo ni indirecto del Estado, de la Provincia, del Municipio ni de ninguna otra Institución (por respetable que sea). Gracias á la inteligencia y á la voluntad de Don Federico, así se hizo en breve.

Presentábase ocasión al Profesorado para demostrar su gratitud á un ilustre estadista y parlamentario, que ayudó oficialmente al Dr. Rubio y Galí á fundar el Instituto de Terapéutica Operatoria en el Hospital de la Princesa el 11 de Mayo de 1880, siendo ministro de la Gobernación el Sr. Romero Robledo. Por eso, dicho eminente político, Presidente del Congreso de los Diputados en la actualidad, fué invitado á presidir la mesa, con la mayor satisfacción de todos.

El Dr. D. Manuel Castillo leyó unas cuartillas del discurso inaugural del Instituto, pronunciado por el Dr. Rubio en 1.° de Octubre de 1880; añadiendo luego sentidas frases, á las cuales contestó el Sr. Romero Robledo con sincera y sencilla elocuencia, mereciendo entusiastas aplausos.

Asistieron casi todos los Profesores del Instituto de la Moncloa, así como la Superiora de la Escuela de Enfermeras y un enfermo de cada sexo: total, cerca de cien comensales.

La familia del inolvidable Fundador, identificada siempre y de todo corazón con las fundaciones del mismo, estuvo representada por el señor D. Joaquín Reixa, nieto político de Don Federico Rubio. La hija única de nuestro inmortal maestro, Doña Sol, prosiguiendo el ejemplo de su querido padre, obsequió al Profesorado con exquisitos habanos.

No hubo brindis. Terminóse el acto con la lectura de la siguiente poesía, escrita la noche antes y leída por su autor, quien la dedica á la Señora Doña Sol Rubio de García del Busto:

EL PLACER DEL BIEN

En memoria de D. Federico Rubio y sus *Cartas á las Curadoras.*

Entre la turba de egoísmos viles
con que el género humano
resulta poco más que un cuadrumano
y á veces inferior á los reptiles,
surgen de tarde en tarde
semidioses del Bien.

Son hombres creadores,
con almas maternales;
y en esas incorpóreas entrañas
que sienten ó presienten los horrores
y sufren al mirar todos los males,
más que las penas propias las extrañas
agitan y conmueven el espíritu
de los genios del Bien.
Al unísono vibran
con el dolor ajeno,
como cuerdas armónicas inmensas
que Amor universal, de acordes lleno,
tañe en las fibras tensas
del corazón: la lira
de los bardos del Bien.
Todo lo dan, sin tasa:
el nombre, la fortuna,
la llama divinal que les abrasa,
la caridad que á todos nos aduna,
la ciencia peregrina
de los santos del Bien.
Hay que luchar, para vivir cual hombres:
un ejército son también los viles
espíritus serviles,
almas ciegas y sordas á lo bueno.
¡Qué importa! Con el ánimo sereno
no hay temor á su asalto,
y vencidos serán en el combate
por los que piensan alto,
por los héroes del Bien.
Es una gran tristeza
que los pigmeos de alma
logren á veces momentáneos triunfos
que nos llenan de amarga pesadumbre.
Mas ya á cundir empieza
en la mente de todos la vislumbre
de que serán vencidos
esos «buenos»... fingidos,
los rebeldes al Bien.
Tú lo sabes, Maestro,
que fuiste nuestro guía y padre nuestro;
en esta guerra santa
que hemos de sostener por tu memoria,
defendiendo tus puras creaciones,
no temas la traición. ¡Que se levanta,
creyente en la victoria,
el ejército fiel de tus amigos,
nosotros que escuchamos tus lecciones
y aprendimos tu ejemplo:
los soldados del Bien!
No cayeron en almas agostadas
tus frases veneradas,
con siembra de verdades sempiternas,
cuando á ilustres señoras,
de los desventurados Curadoras,
dirigiste dos veces cartas tiernas
y profundas al par. Tu voz les guía:
la caridad ejercen
cual tu voz les decía,
por el *Placer del Bien*.

LUIS MARÇO

La trata de blancas, por J. Díaz Caneja.—Han sido siempre generosas cuantas gestiones se han hecho para suprimir y extirpar de raíz ese espectáculo bárbaro, nacido al calor del instinto brutal, regulado por las incomprensibles leyes de una policía de costumbres colocada al amparo del Estado social.

Recientemente la sociedad, alarmada por el incremento del vicio, se agrupó y procuró defender, creando los patronatos, las juntas de damas, las comisiones encargadas de llevar á cabo el proyecto con que su adaptación ha de echar para siempre de nuestra sociedad ese mal antiquísimo, ese asqueroso vicio de la prostitución.

¿Qué adelantaremos?

Por una rara casualidad encontré entre mil papeles, que la curiosidad me hace guardar, una carta tan sustanciosa, que no me atrevo á extractar; prefiero publicarla íntegra. He aquí la epístola:

«Mi buen Marqués: Suponía por sus anteriores que el cargo de Presidenta que me habían concedido sería análogo al que desempeñaba en la época de las guerras, en que las aristócratas nos reuníamos para organizar fiestas, celebrar bailes con tómbolas á fin de allegar recursos... aquello era una delicia, y claramente veían en mí á la dama—como escribía un *petit* Kasabal—parecida á la famosa Dido...

»Pero de aquello á lo que usted propone, ¡qué diferencia, querido Marqués!

»Yo á mis pocos años dedicarme á ser, á ser... no sé cómo lo llama mi marido... ¡Ah! sí, á ser una *buscona*. ¡Jesús, qué horror! Imposible.

»¿Qué dirían de mí la del Vizconde del Campo Abierto y la emperejilada é hipócrita setentona viuda del Conde de los *Travanzos*, á quien también llaman doña Cuaresma?

»Porque, Marqués, lo que usted me propone es un horror, es horroroso. Tener que entrar en una de esas casas para examinar una certificación del registro... es muy duro, muy cruel y muy repugnante...

»¡Si fuesen siquiera como aquellas que tratábamos en Biarritz!

»No, no acepto: renuncio á la Presidencia, y, cuando más, seré socia honoraria.

»¡Ah!... qué delicia: se me ocurre una idea. Dígame: ¿sería indiferente que en vez de ir yo á esas casas mandase á Tom-Seok, aquel cochero que con su férrea mano contuvo á los *steppes* cuando al igual que centellas pasaban por Saint-Germain sin hacer caso de su constante clamoreo de *Au secours!... Au secours!*

»Así aceptaría gustosa; de otro modo, imposible. Y lo mismo que yo, dicen todas las damas; conque Marqués, ea, no queremos oler *cold-cream* barato, ni tampoco exponernos á que el día menos pensado nos contesten cualquier grosería esas... por quien tanto interés tiene V. E.

»¡Es gracioso... una delicia! ¿Usted convertido en redentor? Ja... ja... deliciosísimo... ¿Por qué no se acordó usted antes? ¿Qué le importa á usted que tengan veinticuatro años ó que tengan catorce?

»La verdad, Marqués, con tanta filosofía no sé dónde nos quiere llevar: ¡con decir á usted que hasta mi lacayito se cree con *derechos!*

»¿Y Tulita?

»Déla usted un beso, si las hermanas del Sagrado Corazón se lo consienten; dígale que sigo buena, y que si no escribo, obedece á que con el *tennis*, el *golf* y el automóvil, no tengo tiempo para nada.

»Recuerdos á la Baronesa: ya sé que V. E. sigue enamorando á mademoiselle Sking, á quien también llaman *l'anonyme* ó la *ecuyère* rusa; me lo refirió mi esposo, á quien, por cierto, no veo hace seis días.

»Ahora me dedico á patinar y á recorrer cien kilómetros en automóvil, acompañada por el Condesito... ¡Si viese usted lo monísimo que está con su uniforme de húsar!... ¡delicioso! dan ganas de comerle á besos.

»Al Vizconde, mil afectos; ya sabe él que le soy muy afectísima...

»A V. E., mi dimisión, pues no quiero ser de tales patronatos, cosa la más *snob* que conozco.

»¡Ah! ¡Qué tonta! ¡Pues no me olvidaba del encargo principal!...

»Mándeme postales con artistas extranjeras... pero que no vistan *saut de lit* con los eternos *plissée*... las prefiero con un ligerísimo *negligé:* es lo que priva.

»Adiós, Marqués; por complacerle, se decide á besarle sólo la mano...»

Suprimo la firma y omito la fecha y lugar donde la carta anterior se escribió.

Y después de lo dicho, ¿cabe esperar en la redención de esas reinas caídas, de esas desgraciadas mujeres dignas de compasión y de lástima?

Habrá leyes, habrá penas, habrá juntas; y, lo que es peor, habrá una apatía brutal y enervadora para redimir á las infelices de quienes tántos hablan y á las cuales ninguno tiende una mano piadosa para reintegrarlas á la sociedad.

Todo eso no conduce á nada: todo eso sobra, huelga; siendo, más que inútil, despiadado y cruel.

Higiene... luz... aire..., gritan los más; compasión, caridad, altruísmo, dicen los menos.

Y dicen bien: compasión, porque redime; caridad, porque consuela; altruísmo, porque ensalza.

He ahí lo primero que se necesita y requiere para que la trata de blancas deje de ser un hecho.

He ahí los tres principios en que encarna una saludable higiene del alma, de que tan necesitados andamos.

¿Sueños?

Mejor que mejor: ¿quién hay que en su vida no haya soñado? ¿Quién hay que no haya gozado con las ilusiones y utopias de un ideal?

El mío es ese... y estoy muy satisfecho.

287914

Closed
St.